ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

7e série. — Tome 6. — 1935



ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

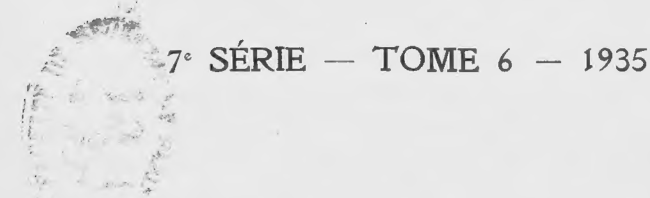
SEPTIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

CHATELLIER (Toulouse) — CIVATTE (Paris) — J. DARIER (Paris)
W. DUBREUILH (Bordeaux) — FAVRE (Lyon) — HUDELO (Paris)
J. MARGAROT (Montpellier) - NANTA (Toulouse) - J. NICOLAS (Lyon)
PAUTRIER (Strasbourg) - PETGES (Bordeaux) - R. SABOURAUD (Paris)
A. SÉZARY (Paris) — SPILLMANN (Nancy) — A. TOURAINE (Paris)
A. TZANCK (Paris)

ET

SIMON (CLÉMENT) (Paris)
RÉDACTEUR EN CHEF



7e SÉRIE — TOME 6 — 1935

MASSON & Cie

PUBLICATION PÉRIODIQUE MENSUELLE

TRAVAUX ORIGINAUX

DERMATOSE PAPULO-FOLLICULAIRE ET EN PLACARDS PAPILLOMATEUX A MARCHE SERPIGINEUSE ET CICATRICIELLE (GROUPE ACNE CONGLOBATA ?) GUÉRISON PAR UN RÉGIME ANTISCORBUTIQUE

Par S. NICOLAU (de Bucarest).

Le cas qui fait l'objet de cette publication et pour la désignation duquel nous avons adopté, faute de mieux, le titre descriptif de : *Dermatose papulo-folliculaire et en placards papillomateux à marche serpigineuse et cicatricielle*, nous semble intéressant à plusieurs égards.

Tout d'abord, par le polymorphisme de ses éléments constitutifs, dont l'ensemble conférait à l'éruption un aspect des plus curieux et des plus insolites. Ensuite, par les difficultés soulevées par son classement car, malgré de frappantes ressemblances avec cette affection rare, décrite sous le nom d'*acné conglobata*, il s'en écartait par certains points essentiels ce qui empêchait de l'y rattacher franchement. Enfin, par les relations que nous avons cru pouvoir établir entre lui et l'*avitaminose C*.

Dans ce qui suit, nous commencerons par donner une description clinique des différents types éruptifs qui constituaient la dermatose. Nous discuterons ensuite le diagnostic différentiel du cas, en nous efforçant d'établir, en même temps, la place probable qu'il convient de lui attribuer parmi les faits déjà connus, pour terminer par l'exposé des considérations qui nous ont amené à envisager la nature avitaminosique de l'éruption.

Observation. — Il s'agit d'un homme, âgé de 55 ans, roumain, agriculteur, qui entre dans notre clinique le 1er mai 1934.

Ses antécédents héréditaires et collatéraux sont sans importance. Les parents sont morts à un âge avancé. Marié, il a 7 enfants, bien portants,

nous dit-il. Sa femme est morte, il y a 10 ans, des suites d'une affection pulmonaire. Aucun membre de sa famille n'a souffert d'éruptions semblables à la sienne, ou d'autre nature. Nie la syphilis et les autres maladies infectieuses. Avoue avoir souvent abusé de l'alcool.

Relativement à son passé cutané, il nous raconte que depuis la guerre il a commencé à présenter dans différents endroits du corps, tels que les fesses, les cuisses et les jambes, de petits boutons brun-rougeâtres, gros comme des grains de millet ou de lentille, à centre proéminent. Ces éruptions se développaient sous forme de poussées d'une durée approximative de 2 à 3 mois, puis disparaissaient, pour récidiver toujours, après un intervalle plus ou moins long. Avec le temps, les poussées devinrent de plus en plus fréquentes, l'éruption acquérant, dans les parties primitivement atteintes, un caractère de quasi-permanence, en même temps que des éléments éruptifs du même type se mirent à faire leur apparition dans des régions jusqu'alors respectées. Il y a 3 ans, environ, les éléments éruptifs, surtout ceux occupant le tronc et les membres, au lieu de rester petits, comme par le passé, commencèrent à s'agrandir, à devenir plus proéminents et à prendre une marche extensive serpigineuse, se cicatrisant d'un côté et s'étendant sans arrêt de l'autre, décrivant ainsi de larges placards. Un nombre relativement restreint de ces placards arrivèrent à se cicatriser, entre temps, la plupart étant encore actuellement en plein développement.

Un médecin, consulté à ce moment, prescrivit un traitement antisyphilitique, composé d'injections de néosalvarsan et de bismuth, qui resta sans effet. Après l'échec de cette cure et vu la persistance des lésions, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — A son entrée, le malade présentait une éruption polymorphe répandue sur tout le corps, avec prédominance sur le tronc et les membres. Seuls, le cuir chevelu, les paumes et la plante des pieds étaient indemnes.

Malgré la diversité d'aspect des éléments éruptifs, l'étude des formes intermédiaires permettait de se rendre facilement compte qu'il s'agissait, ici, d'un polymorphisme d'évolution.

Du point de vue objectif on pouvait réduire les types éruptifs, aux quatre principales catégories suivantes, dont voici l'énumération dans l'ordre évolutif :

a) *éléments papulo-folliculaires ;*

b) *placards papillomateux ou végétants, arrondis, de différentes dimensions ;*

c) *placards papillomateux ou végétants à évolution excentrique et cicatrisation centrale* ;

d) *cicatrices.*

L'aspect de chacun des types éruptifs mentionnés était des plus caractéristiques et, sauf de petites variations de détail, toujours ressemblant à lui-même, quel que fût le territoire cutané où siégeaient les éléments.

Dans ces conditions, il nous semble bon, afin d'éviter les redites et de mieux faire saisir l'esprit, pour ainsi dire, de l'éruption, de commencer par l'étude des types éruptifs énumérés, en suivant leur ordre naturel d'évolution. Toutefois, pour ne pas nuire à la représentation d'ensemble du tableau éruptif, nous indiquerons, chemin faisant, la distribution de chacun de ces éléments suivant les régions et, le cas échéant, leurs particularités topographiques.

Ajoutons encore, pour éviter tout malentendu, que les types éruptifs en question, malgré la prédilection particulière de quelques-uns d'entre eux pour certaines régions du corps, n'en étaient pas moins, mêlés dans des proportions variables, les uns aux autres.

I. *Eruption papulo-folliculaire.* — Les éléments constituant ce type éruptif étaient représentés par des papules arrondies, légèrement surélevées, à siège manifestement folliculaire. De couleur rouge-brunâtre et de dimensions variables, allant de celle d'un grain de mil à celle d'une lentille, voire, par endroits, d'un grain de maïs ou d'un haricot, la plupart des papules en question étaient centrées par un mince bouchon corné, légèrement proéminent, ce qui leur donnait un aspect acuminé. Au niveau d'un certain nombre d'entre elles, cependant, ce bouchon corné restait inclus dans le follicule, sans faire aucun relief à la surface, et se trouvait ordinairement, dans ce cas, masqué par une mince squame de surface.

Comme caractère négatif, nous noterons l'*absence de toute dilatation folliculaire* et de *toute formation comédonienne proprement dite*, aussi bien dans les régions habituelles de la séborrhée, que partout ailleurs. On ne remarquait non plus nulle part *la moindre trace d'acné* ni *de suppuration intra-folliculaire.*

Les éléments papulo-folliculaires, que nous venons de décrire, prédominaient surtout dans certaines régions du corps, telles que la partie postéro-interne des avant-bras, les cuisses, dont ils criblaient la partie antéro externe, le tiers supérieur des jambes et, à un moindre degré, la portion sous-ombilicale de l'abdomen. On pouvait néanmoins les rencontrer aussi dans le reste du tégument, à titre d'éléments épars, mêlés aux autres types éruptifs (voir fig. 3).

II. *Plaques papillomateuses ou végétantes.* — Le type éruptif en question se présentait sous la forme de plaques arrondies ou ovalaires, à contour régulier, parfaitement bien délimitées, infiltrées mais mobiles avec la peau, ayant les dimensions d'une pièce de 5 francs, ou un peu plus grandes, entourées à la périphérie par un halo érythémateux foncé. De couleur rouge-brun, surélevées et légèrement bombées au point de dessiner à leur partie centrale un relief de 4 à 5 millimètres, ces plaques étaient habituellement couvertes d'une mince squame-croûte. En soulevant cette dernière formation, on mettait au jour une surface d'apparence

irrégulière, tapissée de petites élevures à bout arrondi, isolées les unes des autres, ce qui lui donnait un aspect papillomateux ou végétant. De consistance demi-molle, les plaques étaient légèrement sensibles au toucher et laissaient sourdre, à la pression, de petites gouttelettes de pus gris-jaunâtre. Leur aspect rappelait de très près celui d'une bromide végétante (voir fig. 1).

Les plaques que nous venons de décrire dérivaient, autant que nous avons pu nous en rendre compte, de l'évolution particulière subie par un certain nombre d'éléments papulo-folliculaires, dont il a été question plus haut. Voici comment les choses nous ont semblé se passer. A un moment donné, l'élément folliculaire devenait plus inflammatoire, commençait à s'agrandir, en même temps que sa surface prenait un aspect irrégulier, puis franchement papillomateux. La lésion continuait ensuite à s'étendre petit à petit, tout autour, jusqu'à ce qu'elle arriva à constituer les plaques végétantes, arrondies ou ovalaires, décrites. Quand le processus de transformation, dont nous venons de parler, intéressait, à la fois, plusieurs éléments folliculaires voisins, il n'était pas rare, qu'ils finissent par fusionner en une plaque végétante unique. Dans ce dernier cas les plaques en résultant étaient, d'habitude, plus développées et offraient un contour moins régulier.

Les plaques papillomateuses se trouvaient disséminées, avec une certaine discrétion, dans presque toutes les régions du corps. On en remarquait une dans la région temporale gauche, une à la nuque, deux dans les régions interscapulaires, trois à la base du thorax gauche, une à la base du thorax droit, trois dans la région lombaire, cinq sur l'abdomen et cinq à six sur les membres supérieurs. Sur les fesses, sur les cuisses et dans le tiers supérieur des jambes, les plaques en question étaient plus nombreuses, mais en échange elles étaient en général moins développées, ne dépassant pas la grosseur d'un haricot, ou d'une pièce de 2 francs (fig. 4). C'était, également, dans ces dernières régions qu'on pouvait mieux observer tous les faits de passage entre ces formations et les éléments papulo-folliculaires mentionnés.

III. — *Placards papillomateux ou végétants à évolution serpigineuse et cicatricielle.* — Cette forme éruptive, qui était la plus importante de toutes par le nombre et par l'étendue des lésions, n'était elle-même qu'un dérivé de la forme précédente, dont elle résultait par un processus d'évolution excentrique et en même temps cicatricielle. C'est là une transformation, pour ainsi dire obligatoire, dès que les plaques papillomateuses, décrites, atteignent un certain développement.

Une particularité évolutive, importante à signaler parce qu'elle n'était pas sans conséquence sur l'aspect ultérieur des éléments éruptifs en résultant, est que l'extension excentrique des plaques papillomateuses, à laquelle nous faisions allusion, ne s'opérait jamais d'une façon régulière, c'est-à-dire tout autour de la lésion, mais seulement sur un segment plus

ou moins étendu de sa circonférence et, parfois, exclusivement dans la direction de l'un de ses pôles, plus rarement des deux.

D'autre part, le processus extensif mentionné, allant de pair avec celui

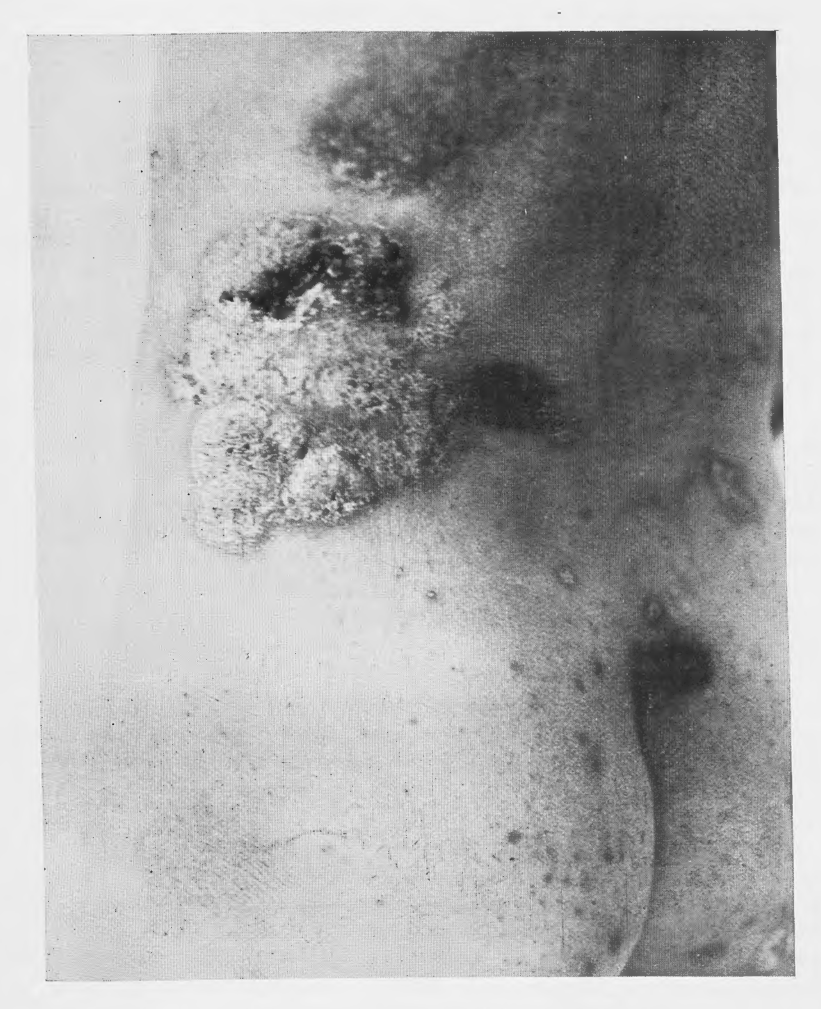


Fig. 1. — Placard végétant de la région lombaire gauche.
Eléments papulo-folliculaires sur les fesses.

de cicatrisation centrale, il en résultait, avec le temps, de vastes placards, à contour irrégulier, géographique, pouvant couvrir des portions importantes des membres et du tronc. Cicatriciels dans leur plus grande partie,

ces placards étaient limités, sur un secteur plus ou moins étendu de leur périphérie, par une zone papillomateuse, qui représentait la partie active.

Considérés dans leur ensemble, les placards en question rappelaient de très près l'aspect d'une syphilide serpigineuse, ou d'un lupus serpigineux papillomateux, tel qu'on en voit parfois sur les membres.

Quelques mots, maintenant, concernant les détails éruptifs de ces éléments.

Nous serons bref sur la description des zones papillomateuses, car elles présentaient les plus grandes ressemblances avec les plaques purement papillomateuses, que nous avons décrites au chapitre précédent. Ici, comme là, nous trouvons les mêmes formations surélevées de 3 à 5 mm., de couleur rouge-brun ou rouge-violacé, à surface irrégulière, hérissée de prolongements papillomateux ou végétants, courts et à extrémité arrondie. De consistance mollasse, voire parfois fongueuse, ces plaques laissent sourdre à la pression un certain nombre de gouttes de pus bien lié, jaune-grisâtre. La plupart d'entre elles sont couvertes d'une squame-croûte gris-brunâtre, mince, mais assez adhérente, qui envoie parfois des prolongements entre les saillies papillomateuses.

Le second élément constituant ces placards, c'est-à-dire les *cicatrices*, semble prendre naissance par le mécanisme d'un processus de sclérose interstitielle, car on n'observe nulle part de pertes de substance véritables, interposées entre elles et les lésions végétantes auxquelles elles font suite. Il peut arriver, certes, que ces dernières présentent, de-ci, de-là, quelques érosions superficielles plus ou moins étendues, mais elles ne sont jamais le siège d'ulcérations proprement dites. Quoi qu'il en soit, il s'agit ici de cicatrices superficielles, de niveau avec la peau, complètement décolorées, ou à peine rosées dans leurs parties plus anciennes, et d'un rouge-brun, parfois assez foncé, dans le voisinage de l'extrémité active. Leur surface est recouverte d'un épiderme aminci, qui laisse souvent voir, par transparence, dans l'épaisseur du derme, de minces bandes de tissu fibreux plus compact, entrecroisées en forme de réseau, disposition qui imprime, par endroits, aux cicatrices, un aspect vaguement réticulé.

Mais ce qui confère à ces cicatrices un cachet tout à fait à part et caractéristique, c'est l'existence, à leur surface, de petites proéminences brun-jaunâtres, solides, à extrémité arrondie ou globuleuse, ayant des dimensions variables depuis celles d'une fine tête d'épingle, à celles d'un grain de mil, sessiles, ou insérées à la peau par un fin pédicule, dessinant ainsi comme de minuscules franges (voir fig. 2 et 3).

Ordinairement isolées et séparées les unes des autres par un espace plus ou moins grand, ces formations sont parfois réunies par groupes de 3-4-5, dessinant ainsi de petits bouquets, le plus souvent aplatis et couchés, délimitant des sortes de petites pochettes entre leur face inférieure et la peau.

L'étude des parties périphériques des placards, faisant transition entre

les cicatrices et les zones végétantes, nous a donné l'impression que les curieuses formations, que nous venons de décrire, résultaient de l'atrophie progressive subie par les proéminences papillomateuses, parallèle-

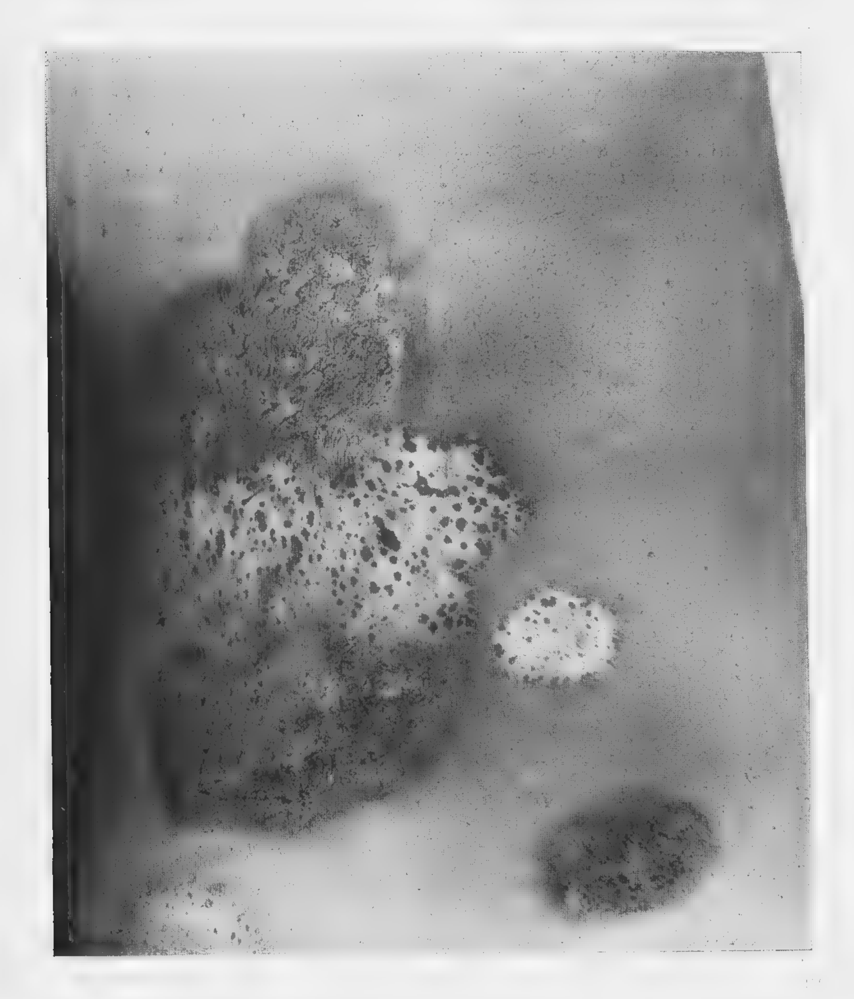


Fig. 2. — Placard papillomateux et cicatriciel du pli du coude gauche. On remarque sur la cicatrice du milieu les formations en forme de *franges*, décrites.

ment à la résorption de l'infiltrat et à l'instauration de la cicatrice. Ce qui est certain, c'est que dans les parties plus anciennes des cicatrices, ces formations s'applatissent de plus en plus et finissent par perdre tout relief, pour se réduire à de minuscules taches punctiformes, brun-jau-

nâtre, qui tatouent la peau et tranchent nettement sur le fond décoloré des cicatrices lui donnant un aspect « *clouté* ».

Notons encore, comme particularité digne d'être signalée, l'existence, au niveau de certaines cicatrices, surtout de celles qui se trouvent sur les membres inférieurs, de petites bandes cicatricielles, en relief, décrivant de véritables ponts de 1/2 centimètre à 1 centimètre de longueur, qui rappellent en miniature, par leur aspect, les formations similaires qu'on rencontre si souvent sur les cicatrices tuberculeuses et que différents auteurs ont signalées également dans l'acné conglobata.

Maintenant que nous avons décrit les caractères éruptifs des placards papillomateux et serpigineux, il nous reste à indiquer, sommairement, la distribution qu'affectaient, les plus importants d'entre eux, à la surface de la peau.

Membre supérieur droit. — Sur ce membre on trouve d'abord une vaste cicatrice longitudinale, en forme de bande à bords découpés, large de 5 à 6 centimètres, qui, partie du dos de la main, parcourt de bas en haut la face postéro-externe de l'avant-bras, traverse ensuite la face postérieure du coude, pour se perdre, au niveau du tiers inférieur du bras, dans une plaque papillomateuse en forme de fer à cheval, large de 5 à 6 centimètres.

Un second placard plus petit, ne mesurant que 12 centimètres dans son grand diamètre, se trouve à la partie antéro-interne du tiers supérieur de l'avant-bras. Cicatriciel dans ses trois-quarts externes, il présente, à son pôle interne, une plaque papillomateuse, de la dimension d'une pièce de 5 francs, assez régulièrement arrondie (fig. 3).

Membre supérieur gauche. — Ici, on observe, également un grand placard mixte, cicatriciel et végétant, semblable à celui décrit sur le membre opposé. Il commence lui aussi sous la forme d'une cicatrice en forme de bande qui, partie de la face postérieure du poignet, parcourt toute la longueur de la face postérieure de l'avant-bras et va rejoindre, au niveau du coude, une zone végétante arrondie, à surface bombée, mesurant 7 centimètres de diamètre et faisant un relief de 4 à 5 millimètres.

Outre le gros placard décrit, on observe encore dans le tiers supérieur de la face externe de l'avant-bras et au milieu de la face externe du bras, deux autres placards, également mi-cicatriciels, mi-végétants, mais plus petits, et ne mesurant que 7 à 8 centimètres de diamètre (fig. 2).

Tronc. — Dans la région dorsale, il existe trois placards serpigineux principaux. Le plus important est situé dans la région lombaire gauche et mesure 10 centimètres sur 14. Il est constitué par une zone médiane cicatricielle qui dessine une bande transversale, large de 3 centimètres, limitée de chaque côté par une zone papillomateuse. Celle d'en bas, plus

grosse, mesure 9 centimètres de diamètre et offre un contour découpé, mais bien délimité. Celle d'en haut est constituée par deux lobes isolés, séparés par une mince languette cicatricielle, en continuité directe avec la cicatrice centrale.



Fig. 3. — Avant-bras droit. On voit en haut un placard papillomateux et cicatriciel et en bas une cicatrice. Sur la cicatrice du placard supérieur on distingue également bien les formations en franges mentionnées et sur la cicatrice d'en bas l'aspect « clouté » de la peau.

Un second placard, analogue au précédent, se trouve dans la région scapulaire. Il présente la forme d'un triangle, dont la base, située en

haut, mesure 6 centimètres et la bissectrice 13 centimètres. Cicatriciel dans la plus grande partie de son étendue, il est limité au niveau de sa base par une plaque papillomateuse, ovoïde, dont le grand diamètre mesure 5 centimètres.

Un troisième placard papillomateux, gros comme une pièce de 2 francs, se trouve dans la région sus-épineuse droite. Cette petite lésion papillomateuse n'est, elle aussi, que l'extrémité active d'une vaste cicatrice irrégulière qui, partie de la région sternale, traverse par son milieu la région claviculaire droite, contourne la partie inférieure de la région cervicale correspondante, pour rejoindre finalement la lésion mentionnée.

Une dizaine de placards mi-cicatriciels, mi-végétants, mais de moindre importance que ceux décrits plus haut et ne dépassant pas la dimension d'une pièce de 5 francs ou de la paume de la main, sont encore disséminés sur le thorax, l'abdomen et la région lombaire.

Membres inférieurs. — Par opposition aux membres supérieurs et au thorax qui sont, ainsi qu'on l'a vu, le siège de vastes placards serpigineux, les éléments appartenant à ce type éruptif sont plus rares et de bien moindre étendue sur les fesses et les membres inférieurs. Dans ces régions on peut voir, de chaque côté, mélangés aux éléments papulo-folliculaires et papillomateux, cinq à six petits placards serpigineux, de forme irrégulière et dont le diamètre ne dépasse pas 2 à 3 centimètres.

IV. *Cicatrices.* — En dehors des placards mixtes, cicatriciels et papillomateux à la fois, que nous venons de décrire, on constatait encore un certain nombre de cicatrices pures, c'est-à-dire au niveau desquelles tout processus actif était éteint. Un certain nombre d'entre elles, une quinzaine environ, de dimensions plus grandes, mesurant 5 à 8 centimètres de diamètre, étaient disséminées sans ordre, parmi les autres éléments éruptifs, sur le tronc et sur les membres.

Elles présentaient absolument les mêmes caractères que les cicatrices appartenant aux placards serpigineux. Il est donc inutile d'insister à leur sujet.

Une mention à part doit être faite pour certaines cicatrices, de dimensions bien plus petites, ne dépassant pas la grosseur d'un grain de maïs ou d'un haricot, qu'on observait notamment sur les cuisses (fig. 4), et dans la région supra-pubienne, parmi les éléments papulo-folliculaires si abondants dans cette région. Elles dérivaient manifestement de l'atrophie de ces derniers, avant qu'ils aient évolué dans le sens papillomateux.

Examens de laboratoire. — L'examen direct du pus, obtenu par pression au niveau des placards papillomateux, a montré, de même que les cultures, une flore banale complexe : staphylocoques, bacilles divers Gram- négatifs, etc.



Fig. 4. — On peut voir sur les fesses et les cuisses, entremêlées d'éléments papulo-folliculaires, des plaques papillomateuses et des cicatrices de dimensions variables.

L'ensemencement du même pus sur des milieux spéciaux, pour les mycoses ou la tuberculose, n'a rien donné dans ce sens.

L'examen anatomo-pathologique des lésions n'a pu être fait, à notre grand regret, le malade se refusant obstinément à toute biopsie. Pour la même raison, nous n'avons pu faire aucune inoculation expérimentale.

L'examen sérologique du sang donnait un résultat négatif, par tous les procédés.

La numération des éléments du sang montrait 3.300.000 globules rouges et 6.600 globules blancs. Hémoglobine : 66 o/o.

Formule cytologique : polynucléaires neutrophiles : 68 o/o ; éosinophiles : 2 o/o ; mononucléaires : 6 o/o ; lymphocytes : 21 o/o ; formes de passage : 2 o/o.

L'examen des urines n'a révélé ni sucre, ni albumine.

Etat général. — Malade bien constitué, mais amaigri et débilité. Il se plaignait d'une fatigue extrême au moindre effort, ce qui l'a obligé à interrompre, depuis une année, tout travail. Taille 1 m. 60. Poids corporel, à l'état nu, 62 kilogrammes. Les téguments étaient secs et présentaient une teinte générale brune assez foncée. Système pileux bien développé, de couleur châtain. Dentition bonne, les gencives également en bon état, sauf un certain degré de décollement, avec fongosités au niveau des incisives médianes inférieures. Le malade affirmait cependant qu'il n'avait jamais saigné des gencives. Muqueuses pâles. Réflexes oculaires et tendineux, normaux. L'examen des organes internes ne montrait rien d'anormal, sauf une hypertrophie de la rate. Tension artérielle (Vaquez-Laubry) : TM = 13 ; Tm = 7.

Discussion concernant la nature du cas

Ainsi qu'on a pu s'en rendre compte à la lecture de la description que nous venons de faire, l'aspect de l'éruption était des plus insolites et ne permettait d'affirmer d'emblée aucun diagnostic.

A première vue, on pouvait sans doute penser à une foule de choses, entre autres à des syphilides tertiaires serpigineuses, à des placards de lupus tuberculo-serpigineux, à des bromides végétantes, à une blastomycose ou à des mycoses quelconques, etc., mais, à la réflexion, aucun de ces diagnostics ne pouvait rester debout.

On pouvait, tout d'abord, facilement exclure la syphilis, en raison de la négativité des réactions sérologiques, du caractère de quasi-généralisation des placards serpigineux, — fait qui n'est pas

dans le plan des manifestations tertiaires spécifiques, — de la lenteur d'évolution de ces placards et enfin de l'inefficacité du traitement antisyphilitique auquel le malade avait été soumis.

D'autre part, l'hypothèse d'une tuberculose, malgré l'absence de tout examen anatomo-pathologique et de toute inoculation au cobaye, pouvait être facilement écartée par les seuls moyens cliniques, en invoquant d'abord le même caractère de généralisation des lésions, — qui n'est pas plus habituel ici que dans la syphilis tertiaire, — et ensuite par l'absence de toute trace de tubercule, soit dans les lésions actives, soit dans les cicatrices.

De même, les examens négatifs, répétés, sur le milieu de Sabouraud, écartaient la possibilité d'une mycose quelconque.

Quant à l'hypothèse d'une éruption bromique ou iodique, le malade affirmait n'avoir jamais pris de tels médicaments et l'examen des urines fait pendant son séjour à l'hôpital n'en révélait aucune trace.

Malgré le déblaiement du terrain, réalisé par l'élimination des affections courantes, plus ou moins ressemblantes à notre cas, la difficulté diagnostique était loin d'être vaincue, car le problème du cadre dans lequel on devait ranger l'éruption en cause restait toujours à résoudre.

En dirigeant nos recherches dans le camp des dermatoses moins communes, afin d'établir des similitudes et des rapprochements, il nous fut aisé de reconnaître que l'éruption de notre malade, considérée dans son ensemble, n'était pas sans présenter des analogies certaines avec une dermatose rare, étudiée presque simultanément, en 1902, par Lang (1) et par Spitzer (2), sous le nom de : *Dermatitis follicularis et perifollicularis*, affection qu'on désigne aujourd'hui, en général, sous la dénomination plus courte d'*Acné conglobata*.

La dermatose décrite par ces auteurs a fait depuis lors, l'objet d'un certain nombre de publications, parmi lesquelles nous mentionnerons, comme les plus importantes, celle de Selisky (3), de

(1) Lang, *Lehrbuch der Hautkrankheiten*, 1902, p. 504.
(2) Spitzer, *Wiener klinische Rundschau*, 1902, nº 20.
(3) Selisky, Zur Histologie der Acne conglobata. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Bd **158**, p. 460.

Tchernogouboff (1), de Michelson et Allen (2) et celle du Prof. Pautrier (3), qui, à propos d'un cas longuement suivi, vient de consacrer, tout dernièrement, à la question, une remarquable étude clinique et anatomo-pathologique. L'étiquette sous laquelle ce dernier auteur décrit son cas est celle d'*acné à productions fibreuses hyperplasiques et ulcéro-végétantes, serpigineuses, cicatricielles*, dénomination qu'il trouve préférable à celle, insuffisamment descriptive, d'acné conglobata.

Avant tout essai de confrontation de notre cas avec l'acné conglobata, il nous semble nécessaire de rappeler ici, en quelques mots, le tableau clinique de cette curieuse affection.

Ainsi qu'il résulte de la publication initiale de Lang, et de celles des auteurs qui s'en sont occupés ultérieurement, l'acné conglobata est une dermatose inflammatoire, de cause inconnue, chronique, des plus rebelles, frappant presque exclusivement les hommes. Elle commence toujours par des *comédons* particulièrement volumineux, disposés souvent par groupes de 10 à 20 ou plus, sur la peau du corps et même sur le cuir chevelu, destinés à subir, avec le temps, un certain nombre de transformations. Ils conduisent, notamment, par une sorte de pression mécanique, à une atrophie du lit comédonien, et de la glande sébacée adjacente, ainsi qu'au développement de *cicatrices comédoniennes*, réunies souvent entre elles, — quand il s'agit d'éléments rapprochés, — par des *languettes cicatricielles*, dites *en pont* (Brückennarben de Lang). Ces formations cicatricielles rappellent en petit les formations similaires qu'on peut observer sur les cicatrices consécutives aux scrofulodermies.

Aux lésions purement mécaniques et atrophiques mentionnées s'ajoutent, à un moment donné, des phénomènes inflammatoires. Les comédons, ainsi que les formations de rétention sébacée (kystes sébacés ou huileux) qui les accompagnent souvent, peuvent s'enflammer et donner naissance, suivant les cas, soit à des lésions superficielles d'*acné pustuleuse*, soit à des *poches purulentes*, d'importance variable, parfois communiquantes. Toutes ces formations s'ulcèrent et s'agrandissent, soit par extension graduelle de la

(1) Tchernogouboff, *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Bd **149**, p. 76.
(2) Michelson et Allen, *Archiv of Dermatology*, Bd **23**, p. 49.
(3) Pautrier, *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1934, n° 3.

lésion primitive, soit par fusion d'éléments contigus. Il en résulte de gros placards ulcérés, à surface tourmentée, papillomateuse et végétante (Selisky, Pautrier), qui s'étendent d'une façon serpigineuse et peuvent atteindre avec le temps des dimensions de 8 à 10 cm. A mesure qu'ils s'étendent, les placards guérissent au centre, en donnant naissance à des *cicatrices chéloïdiennes* « en pont », encore plus développées que celles déjà signalées. L'évolution de la maladie est extrêmement longue, des poussées nouvelles se reproduisant sans cesse et finissant par couvrir avec le temps des portions très étendues du tégument. C'est donc une dermatose des plus sérieuses et des plus pénibles, qui ne présente aucune tendance à la guérison spontanée et contre laquelle on ne possède encore aucun traitement efficace.

La lecture attentive de la description qui précède permet de se rendre facilement compte que, malgré d'indéniables ressemblances avec le tableau clinique de l'acné conglobata, — et surtout avec ses manifestations d'ordre plus tardif, végétantes et serpigineuses, — l'éruption de notre malade est loin de s'y superposer dans tous ses détails.

Elle s'en différencie, avant tout, par ses lésions de début, qui, bien que folliculaires, sont sèches et cornées, au lieu d'être acnéiformes et pustuleuses, comme dans l'acné conglobata.

Elle s'en distingue encore par une foule d'autres caractères, tels que : l'absence totale de formations comédoniennes, de kystes sébacés ou huileux, de collections purulentes formant clapiers, d'ulcérations bien caractérisées, etc., tous symptômes faisant partie intégrante du tableau de l'acné conglobata et auxquels les auteurs qui s'en sont occupés sont unanimes à accorder une importance capitale. Ajoutons encore que les cicatrices dites « en pont », si bien développées dans l'acné conglobata et si caractéristiques pour cette affection, manquaient, chez notre malade, dans la plupart des cicatrices et là même où elles existaient, elles n'étaient, pour ainsi dire, qu'insignifiantes ou à l'état d'ébauche.

Les dissemblances que nous venons d'énumérer nous empêchent de faire entrer, franchement, notre cas, dans le cadre classique de l'acné conglobata.

Nous nous hâtons cependant d'ajouter qu'il existe, dans la littérature, un certain nombre de types éruptifs qui gravitent autour

de cette dermatose, sans pouvoir lui être complètement identifiés, fait qui permet d'envisager l'existence de formes atypiques ou tout au moins satellites.

Sous le titre de : *Cas ressemblant à l'acné conglobata*, H. Hoffmann (1) a publié, en 1926, une étude concernant 5 observations de malades, atteints d'éruptions présentant de grandes ressemblances avec l'acné conglobata, mais s'en différenciant toutefois par un certain nombre de points, entre autres par l'absence du critérium de Lang, c'est-à-dire par l'absence de cicatrices comédoniennes *en pont*, et offrant de ce chef une grande analogie avec notre cas. L'éruption du malade faisant le sujet de l'observation 5, de cet auteur, notamment, se superpose singulièrement à celle de notre malade, ainsi que l'on peut s'en convaincre par la description clinique qu'il en donne et par la photographie s'y rapportant, sur laquelle on peut parfaitement distinguer le même aspect *frangé* ou *clouté* si spécial des cicatrices, comme chez notre malade.

Guidé par des considérations d'ordre clinique, le même auteur s'est cru autorisé à faire rentrer dans le groupe créé par lui toute une série de dermatoses à point de départ folliculaire, connues dans la littérature sous les noms les plus divers, tels que : *folliculitis exulcerans* (Lukasiewicz, Leszczynski et Lechowska); *folliculite suppurée et conglomérée en placards* (Leloir); *pyodermite lacunaire* (Fournier); *folliculitis staphylogenes vegetans* (Truffi); *granuloma exoticum herpetiforme* (Bosellini); *maladie frambœsiforme* (Pick); *perifolliculitis suppurativa et frambœsiforme* (Huber); *perifolliculitis necrotica* (Janowsky); *pyodermite chronique végétante* (Tchernogouboff); *pyodermite chronique granulomateuse et exulcérante* (Klein et Zurhelle). Il en excepte la *pyodermite végétante* de Hallopeau, comme n'ayant aucune relation avec le follicule.

Malgré l'intérêt qu'un pareil travail de synthèse pourrait susciter, il nous semble impossible, dans l'état actuel de nos connaissances et en l'absence de toute notion étiologique, de se prononcer s'il s'agit là d'une seule et même espèce morbide, ou bien tout simplement d'éruptions ressemblantes.

(1) Heinrich Hoffmann, *Zentralblatt für Haut und Geschlechtskrankheiten*. Bd. **19**, p. 1 ; *Arch. für Dermatologie und Syphilis*, Bd. **150**, p. 154.

Pour le même motif, tout essai de rapprochement et d'identification, en vue de situer notre cas dans l'un ou l'autre des groupes morbides mentionnés, ne saurait apporter aucune lumière spéciale relativement à sa nature intime, l'étiologie de tous ces types éruptifs, en commençant par l'acné conglobata et en finissant par ceux gravitant autour d'elle, étant malheureusement restée inconnue, jusqu'à présent. En effet, toutes les recherches bactériologiques et expérimentales, entreprises dans le domaine de ce groupe d'affections par Hoffmann, Pautrier et d'autres, n'ont encore permis d'isoler aucun parasite, ni de dégager aucune notion étiologique valable. Dans son remarquable travail, cité plus haut, Pautrier conclut que, sans renoncer aux recherches bactériologiques dans cette affection, ce serait plutôt dans l'étude du terrain qu'il faudrait chercher la solution du problème.

L'étude attentive de l'éruption de notre malade, nous a de même orienté, et cela dès le début, vers l'hypothèse d'une altération particulière du terrain, comme facteur étiologique possible de l'affection, à savoir, en l'espèce, vers la possibilité d'une *avitaminose.*

Voici les raisons qui nous ont dirigé dans le sens d'une telle conception. Parmi les multiples types éruptifs qui constituaient la dermatose en question, notre attention fut, du premier moment, accrochée par la présence d'éléments papulo-folliculaires, qui nous ont semblé constituer chez notre malade, ainsi que nous l'avons déjà dit, la lésion élémentaire initiale, dont dérivaient évolutivement toutes les autres manifestations éruptives. Or, cette constatation fut pour nous un trait de lumière, cette forme éruptive étant une vieille connaissance, que nous n'eûmes aucune peine à reconnaître. Nous l'avions, en effet, rencontrée chez un grand nombre de malades atteints de *scorbut*, lors de l'endémie scorbutique qui sévit, pendant la grande guerre, dans l'armée roumaine, en Moldavie, et que nous avons décrite, en 1918, sous le nom de *dermatite papulo-kératosique folliculaire scorbutique* (1).

Nous nous sommes donc posé la question si tout l'ensemble éruptif, dont notre malade était atteint, ne pouvait, par hasard,

(1) S. Nicolau. Dermatite papulo-kératosique folliculaire scorbutique. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1918, n° 7.

reconnaître la même nature, en d'autres termes, si cet ensemble éruptif ne devait pas être envisagé comme constituant l'expression d'une *scorbutide* d'un type plus complexe. A la réflexion, cette supposition nous parut d'autant plus plausible, que le tableau éruptif de notre malade actuel nous remit en mémoire des lésions similaires ulcéro-végétantes serpigineuses, rebelles, que nous avions également observées, pendant la guerre, dans le même milieu d'endémie scorbutique, mais au sujet desquelles nous n'eûmes pas à ce moment-là, nous l'avouons, l'idée d'établir un lien quelconque avec l'avitaminose régnante.

Nous ne nous cachions cependant pas le caractère osé de notre hypothèse, et cela d'autant plus que dans le cas de notre malade actuel nous ne pouvions apporter, *à priori*, aucun argument décisif, à l'appui de cette conception étiologique. En effet, à part un état d'anémie, de faiblesse générale prononcée et d'une héméralopie vespérale, on ne pouvait trouver chez lui aucun des symptômes caractéristiques, tels que les manifestations hémorragiques, qu'on regarde généralement, faute d'un test biologique, comme étant les seuls en état de permettre le diagnostic de scorbut.

On ne doit cependant pas perdre de vue, ici, les recherches nouvelles ayant démontré que dans le scorbut, pareillement à ce qui se passe dans les autres avitaminoses, à côté des formes typiques de la maladie, il existe aussi des formes frustes, incomplètes, voire larvées, sur lesquelles l'attention a été dernièrement attirée en France, par Mouriquand et Weil, au Danemark par Meulengracht, en Suède par Œhnel et aux Etats-Unis par Gicher et Scherry. Dans ce dernier cas, le tableau de la maladie peut se réduire à fort peu de manifestations, telles qu'un état d'anémie prononcée, d'asthénie plus ou moins profonde, d'inappétence, de troubles intestinaux modérés et de légers saignements des gencives. Mouriquand, Michet et Bertoye ont pu reproduire expérimentalement cette forme « anémique » de l'avitaminose C et confirmer l'action remarquaple, chez l'enfant et chez l'animal, du jus frais de citron, qui, mieux que le fer, ramenait les hématies et l'hémoglobine à leur taux normal.

Nous tenons à ajouter, d'autre part, que l'éruption papulo-kératosique folliculaire, que nous avons décrite lors de l'endémie scorbutique à laquelle nous faisions tout à l'heure allusion, nous ne

l'avons pas rencontrée uniquement dans le scorbut confirmé, mais aussi chez des personnes ne présentant encore aucun signe certain de maladie, constituant ainsi une sorte de manifestation prémonitoire, pouvant précéder de plusieurs semaines l'apparition des hémorragies. La chose était tellement commune, que dans notre travail de 1918, nous attirions l'attention sur cette dermatose comme sur un signe avant-coureur, des plus précieux pour le dépistage précoce du scorbut. Les choses se passeraient, donc, comme si, *chez certaines personnes prédisposées*, la peau était le premier organe à enregistrer les plus minimes déficiences en vitamine C.

Basé sur les considérations que nous venons d'exposer et malgré l'absence de signes cliniques certains, nous avons cru devoir retenir, chez notre malade, l'hypothèse d'*une éruption développée sur terrain scorbutique*, ceci d'autant plus que l'enquête faite sur son genre habituel d'alimentation montrait qu'effectivement elle était des plus pauvres en vitamine C. Le malade nous déclara, en effet, qu'il observait tous les carêmes prescrits par la religion orthodoxe et qu'en outre il faisait encore maigre tous les mercredis et les vendredis (soit, en tout, environ 200 jours de maigre par an). Pendant ce temps il ne se nourrissait que de légumes secs, cuits sans aucune espèce de graisse, de concombres conservés dans la saumure et de pain de maïs. Dans le reste de l'année il ajoutait aux aliments ci-dessus énumérés, un œuf et environ 1/2 kilogramme de lait par jour. Il ne consommait que très rarement de la viande et des graisses.

Devant cet état de choses il ne nous restait plus qu'à vérifier le bien-fondé de notre hypothèse, par l'épreuve du régime antiscorbutique, ce que nous fîmes sans tarder.

Nous prescrivîmes donc, au malade, une alimentation substantielle, avec beaucoup de légumes frais et nous lui fîmes prendre journellement le jus de 2 citrons, sous forme de limonade. Aucune application locale active ne fut faite sur les éléments éruptifs. L'action bienfaisante du régime en question ne se fit pas attendre. Elle commença à se dessiner dès la première semaine et se poursuivit régulièrement par la suite, donnant ainsi, par la promptitude de son action, l'impression d'un modificateur hautement spécifique.

En effet, toutes les lésions papillomateuses saillantes et florides, qui évoluaient depuis 2 ans, sans arrêt et sans aucune tendance à la

guérison, commencèrent à s'affaisser à vue d'œil, pour se résorber complètement après 42 jours, au bout desquels le malade quitta la clinique entièrement guéri. Il ne restait plus à la surface de certains placards qu'une mince squame-croûte peu adhérente. Parallèlement à la résorption des lésions cutanées, se produisait un redressement de l'état général et de la formule sanguine, les hématies passant de 3.300.000 qu'ils étaient au début à 4.400.000 et l'hémoglobine de 55 à 82.

A moins de donner une autre interprétation à l'action favorable exercée par l'ingestion du jus de citron, le résultat thérapeutique obtenu apportait un puissant argument en faveur de l'hypothèse émise au début, c'est-à-dire en faveur de la nature avitaminosique de l'éruption de notre malade.

Nous nous garderons bien de tirer, de ce cas isolé, des conclusions d'une portée plus générale, notamment en ce qui concerne l'étiologie de l'acné conglobata ou des autres dermatoses s'en rapprochant. Ce serait là une généralisation que rien ne justifierait, car nous savons tous que des éruptions très ressemblantes cliniquement, peuvent être déterminées par des causes différentes.

En publiant le présent cas, nous ne poursuivons d'autre but que celui d'attirer l'attention des chercheurs sur le rôle étiologique possible de l'avitaminose C (même relative) en dermatologie et de provoquer ainsi des investigations de contrôle dans cette direction. Il serait peut-être préférable qu'à l'avenir, dans les recherches à faire, on utilise, en guise de traitement, en place du jus de citron, la vitamine C elle-même, qu'on vient d'isoler sous la forme de l'acide ascorbutique (Szent-Györgyi). Par sa nature strictement spécifique, cette dernière fournirait, en cas d'action positive, un argument encore plus décisif en faveur de la nature scorbutique de l'éruption, que le jus de citron dont l'action pourrait, à la rigueur, prêter à diverses interprétations.

LA RÉACTION DE WASSERMANN DANS LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN DES MALADES ATTEINTS DE TUMEURS DU NÉVRAXE

Par MM. A. SÉZARY et J. TERRASSE

Comme toutes les méthodes de diagnostic biologique, la réaction de Wassermann peut être une cause d'erreur si elle n'est pas interprétée par rapport aux faits cliniques. Non seulement elle n'indique pas infailliblement la nature syphilitique de l'affection que l'on doit traiter (car le malade peut être syphilitique et son affection non syphilitique), mais encore elle est parfois positive chez des sujets sûrement non syphilitiques.

A ce propos, l'étude des réactions de Wassermann positives dans le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de tumeurs du névraxe est particulièrement intéressante tant du point de vue pratique que du point de vue biologique.

*
* *

C'est en 1910 qu'Oppenheim (1) publia la première observation. Il s'agissait d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. La réaction de Wassermann étant positive dans le liquide céphalo-rachidien, on crut à une lésion syphilitique. Le traitement mercuriel institué sembla quelque temps confirmer cette opinion, car il amena une rémission passagère. Mais ensuite les symptômes s'aggravèrent. L'intervention chirurgicale montra l'existence d'un gliome du nerf acoustique. Le malade ne présentait aucun signe clinique de syphi-

(1) Oppenheim. *Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, février 1910.

lis ; seule était positive la réaction de Wassermann du liquide céphalo-rachidien ; celle du sang était négative.

La même année, Warburg et von Eiselberg (1) rapportèrent une observation analogue : tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien à plusieurs reprises, négative dans le sang. Le traitement antisyphilitique fut sans effet.

Toby Cohn (2) relata aussi, en 1910, le cas d'une tumeur cérébrale de nature indéterminée. La réaction de Wassermann faite avec le plus grand soin se montra positive à trois reprises successives dans le liquide céphalo-rachidien ; elle était négative dans le sang.

A la suite de ces publications, Nonne (3) admit que des tumeurs cérébrales peuvent s'accompagner d'une réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien, sans que la syphilis soit en cause. Cette conclusion fut partagée par Lewandowsky, Lederman, Foster, Berkhardt, Schuster (4), etc... Cependant, à cette époque où l'on croyait que la réaction est due à la présence d'anticorps, le fait paraissait difficilement explicable.

En 1912, Léo Newmark (5) fit connaître deux nouveaux cas.

Dans le premier, d'après l'auteur, il s'agissait d'un glio-sarcome de la deuxième circonvolution frontale gauche, consécutif à un sarcome du poumon. La réaction de Wassermann dans le sang se montra positive à plusieurs examens répétés, le résultat fut contrôlé par les techniques de Noguchi et de Nonne. Après la mort, la réaction de Wassermann du liquide céphalo-rachidien fut aussi trouvée positive. Un examen nécropsique minutieux ne montra, dans tout l'organisme, aucune trace de lésion syphilitique.

Dans le second cas de Newmark, la tumeur était un psammome (méningiome) lombaire. La réaction se montra à deux reprises posi-

(1) Warburg et v. Eiselberg. *Wiener Verein für Psychiatrie und Neurologie*, février 1910.

(2) Toby Cohn. *Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, juin 1910.

(3) Nonne. *Congrès des Neurologistes de langue allemande*, 1910.

(4) *Congrès des Neurologistes allemands*, 1910.

(5) Léo Newmark. *The Journal of the American Medical Association*, 1912, t. 58, p. 11.

tive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien ; elle devint ensuite négative dans l'un et l'autre à la suite d'un traitement spécifique. Mais cette dernière observation est difficile à interpréter, car on soupçonnait la syphilis chez le conjoint de ce malade et le tréponème était peut-être la cause de l'anomalie biologique.

La même année, Clovis Vincent (1), dans un important article, rapporta plusieurs observations des plus intéressantes et fit une première étude d'ensemble de la question. Dans son premier cas, il s'agissait d'un gliome du nerf acoustique (le diagnostic fut ultérieurement vérifié à l'autopsie). La ponction lombaire montra un liquide jaune, hyperalbumineux, coagulant spontanément et contenant du complément. Aucun signe de syphilis chez la malade : mère de cinq enfants vivants, elle n'avait pas fait de fausse couche. Trois mois plus tard, après un traitement spécifique, le liquide céphalo-rachidien était moins coloré, il contenait toutefois encore beaucoup d'albumine et du complément, mais ne coagulait que si on lui ajoutait du sérum frais : la réaction de Wassermann fut alors négative. Une troisième ponction pratiquée quelques jours plus tard montra un liquide semblable, mais ne contenant plus de complément.

Le deuxième cas de Clovis Vincent concerne un sarcome hémorragique de la deuxième frontale gauche, secondaire à un sarcome du foie. Le liquide jaune fibrineux contenait de nombreux éléments sarcomateux ; mais on n'y trouvait ni albumine, ni complément. La réaction de Wassermann se montra négative dans le sang et fortement positive dans le liquide céphalo-rachidien.

Dans une autre observation de cet auteur, relative à un gliome ponto-cérébelleux, le liquide céphalo-rachidien avait un aspect normal, il ne contenait pas de leucocytes, mais était fortement albumineux. La réaction de Wassermann fut positive à deux examens successifs, faits avec deux antigènes différents (elle était cependant négative avec le liquide chauffé). Elle devint négative un mois après, sans qu'aucun traitement antisyphilitique n'ait été appliqué. Puis elle redevint positive. Dans le sang, la réaction fut toujours négative. Il n'y avait aucun antécédent et aucun signe de syphilis.

Le quatrième cas de Clovis Vincent concerne un malade atteint

(1) Clovis Vincent. *Revue neurologique*, 1912, t. 1, p. 653.

d'un gliome du centre ovale compliqué d'encéphalocèle après trépanation. Le liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire se montra normal à tous points de vue, tandis que celui retiré de la poche était coloré, hyperalbumineux et avait une réaction de Wassermann positive. Quelques jours plus tard, la même réaction, faite dans le même liquide d'encéphalocèle, se montra négative. Quelques semaines plus tard, elle redevint positive. Comme dans les premières observations, la réaction de Wassermann était négative dans le sang.

Dans un dernier cas, une tumeur de la parotide avait envahi les méninges par le trou déchiré postérieur. La réaction du liquide céphalo-rachidien était positive. Toutefois ce malade était un ancien syphilitique, la réaction était positive dans le sang et, malgré l'absence de lésions encéphaliques méningées spécifiques à l'autopsie, on pourrait attribuer la réaction du liquide à l'effet d'une perméabilité méningée accrue par le processus tumoral (ce qui nous paraît d'ailleurs peu vraisemblable).

Pour conclure, Clovis Vincent insistait sur les caractères spéciaux qu'a le liquide céphalo-rachidien dans certains cas de tumeur cérébrale et qui consistent dans sa couleur jaunâtre, la xanthochromie, l'hyperalbuminose, la présence de complément, la coagulabilité, la pauvreté en éléments cellulaires et la réaction de Wassermann positive. Soulignons celui de ces cas où la réaction était négative dans le liquide retiré par ponction lombaire, mais positive dans le liquide intraventriculaire qui ne communiquait pas avec le liquide de la grande cavité arachnoïdienne. Clovis Vincent établit une relation directe entre la présence de ces tumeurs et la modification biologique du liquide céphalo-rachidien. Il expliqua cette dernière par une action des produits de désintégration des néoplasmes.

Donath (1), en 1913, rapporta un cas de gliome développé près du *gyrus supra marginalis*, où la réaction de Wassermann fut positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, sans qu'on ait pu déceler la syphilis chez le malade.

En 1920, Stern (2) observa un sarcome développé sur les méninges de la base du cerveau et englobant les origines des nerfs pneu-

(1) Donath. *Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych.*, 1913, p. 205.
(2) Stern. *Archiv. für Psychiatrie*, 1920, p. 725.

mogastrique et spinal. Le liquide céphalo-rachidien était hypertendu et légèrement hyperalbumineux. Il contenait en outre quelques lymphocytes et donnait une réaction de Wassermann fortement positive. La réaction de Wassermann était faiblement positive dans le sang.

Guillain (1), en 1921, publia une très intéressante communication à la Société Médicale des Hôpitaux sur un cas de compression de la moelle cervicale dans un cas de maladie de Recklinghausen. La réaction de Wassermann fut à deux reprises négative dans le sang. Le liquide céphalo-rachidien, non hypertendu, était xanthochromique, il contenait 20 lymphocytes et 7 grammes d'albumine. La réaction de Wassermann y fut d'abord négative, de même que la réaction du benjoin. Mais trois semaines plus tard, elle était devenue positive dans le liquide céphalo-rachidien non chauffé (elle était négative dans le liquide porté une demi-heure à 50°). La précipitation du benjoin s'effectuait dans les tubes 1 à 7, comme cela s'observe dans la syphilis. Le liquide se coagulait massivement une demi-heure après son prélèvement. Une troisième ponction lombaire, effectuée quelques semaines plus tard, ramena un liquide toujours xanthochromique, se coagulant massivement et spontanément, contenant du complément et des hémolysines antimouton ; mais les réactions de Wassermann et du benjoin furent alors négatives, tant dans le liquide normal que dans le liquide chauffé.

Deux ans plus tard, M.-P. Weill et Weismann-Netter (2) relatèrent l'observation d'un cas de tumeur méningée secondaire à un cancer du sein. Le liquide céphalo-rachidien contenait un chiffre normal d'albumine (0 gr. 20) et une seule cellule par millimètre cube. La réaction de Wassermann y était fortement positive (déviation de deux doses d'alexine par la méthode Calmette-Massol). Elle était négative dans le sang (la réaction de Desmoulières y était positive, mais sa trop grande sensibilité nous interdit de tenir compte de ce résultat). Il n'y avait chez le malade ni antécédent, ni signe de syphilis.

Dans un autre cas rapporté par les mêmes auteurs, il s'agissait

(1) Guillain. *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1921, p. 360.

(2) M.-P. Weill et Weismann-Netter. *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1923, p. 1573.

d'un psammome de la moelle cervicale. Les réactions de Wassermann et de Desmoulières étaient négatives dans le sang. Le liquide céphalo-rachidien était limpide, légèrement hypertendu, contenait 56 centigrammes d'albumine par litre et 18 cellules par millimètre cube. La réaction de Wassermann y était fortement positive (déviation de trois doses d'antigène). Aucun antécédent, aucun signe de syphilis ; à l'autopsie, aucune lésion syphilitique viscérale. Aussi les auteurs attribuèrent-ils le résultat positif de la réaction à la compression exercée par la tumeur ou à ses produits de sécrétion.

Milian (1) s'éleva contre une telle interprétation et demanda que l'on recherchât plus minutieusement la syphilis chez l'un ou l'autre conjoint.

Babonneix et Chabrol (2) publièrent la même année un cas de gliome de la base du cerveau où le liquide fut examiné à deux reprises. La première fois, il était jaune, contenait 40 centigrammes d'albumine et avait une réaction de Wassermann positive. La seconde fois, il était incolore, contenait 80 centigrammes d'albumine, la réaction de Wassermann y était négative. Les deux fois, la réaction de Kahn se montra positive. Cependant la réaction de Wassermann était négative dans le sang. Le malade fut amélioré passagèrement par des injections de novarsénobenzol.

Toujours en 1923, Clovis Vincent (3) précisa qu'il n'avait trouvé de réaction de Wassermann positive dans le liquide que sept fois sur 400 cas de tumeurs cérébrales. Il insista sur la rigueur des conditions dans lesquelles il avait mis en œuvre les méthodes de laboratoire : réactions répétées à diverses reprises en présence de liquides témoins, avec un sérum hémolytique antihumain dosé et gradué, avec de grandes quantités de liquide. Sans doute, Frænkel et Heiden ont prétendu que la grande quantité d'albumine qui se trouve dans une forte dose de liquide constitue une cause d'erreur dans les résultats de la réaction. Mais d'abord tous les liquides examinés n'étaient pas hyperalbumineux. D'autre part, la répétition des

(1) Milian. *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1923, p. 1461.
(2) Babonneix et Chabrol. *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1923, p. 1143.
(3) Clovis Vincent. *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1923, p. 1569.

examens, la diversité des techniques employées donnent à certaines de ses observations une valeur absolue. Il faut noter enfin que dans les nombreuses autres affections du névraxe où l'hyperalbuminose est de règle (méningites, encéphalites, etc.), il est tout à fait exceptionnel de trouver une réaction de Wassermann positive en l'absence de syphilis.

Guy Laroche (1), à propos de la communication de Clovis Vincent, dit avoir observé deux cas semblables à tous points de vue avec un liquide céphalo-rachidien xanthochromique, un troisième avec un liquide céphalo-rachidien clair. Il admet que la réaction de Wassermann dans les liquides clairs conserve toute sa valeur de test syphilitique si elle persiste après chauffage à 56°.

Urechia et Mihalescu (2) relatent le cas d'un endothéliome de la loge temporale droite, où le liquide avait l'aspect normal. Mais la réaction de Wassermann y fut trouvée positive et le demeura à un examen ultérieur.

Charles Foix (3), dans son rapport à la Réunion Neurologique de 1923 sur les tumeurs médullaires, reconnaît comme indiscutable l'existence dans quelques cas d'une réaction de Wassermann positive, indépendante de toute atteinte syphilitique antérieure. Au même congrès, Rodriguez Arias reconnaît aussi la possibilité d'une réaction de Wassermann positive sans syphilis dans un liquide présentant le syndrome de Frouin.

En 1925, Marcel Pinard (4) eut l'occasion d'étudier un malade atteint d'un sarcome à grosses cellules de la région occipitale et chez lequel le liquide céphalo-rachidien, d'aspect normal, avait une réaction de Wassermann positive. Cette anomalie persista à trois examens successifs et ne fut pas modifiée par le traitement. La réaction de Wassermann était faiblement positive dans le sang. La femme du malade souffrait de céphalées violentes et présentait une réaction de Wassermann positive dans le sang.

(1) Guy Laroche. *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1923, p. 1573.

(2) Urechia et Mihalescu. *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1923, p. 1341.

(3) Ch. Foix. *Réunion neurologique*, Paris, 1923 (*Revue neurologique*, p. 608).

(4) M. Pinard. *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1925, p. 136.

En 1930, A. B. Mandelboim (1) nota, dans 6 cas de tumeurs cérébrales, une réaction de Wassermann positive dans le liquide. Les tumeurs occupaient respectivement l'étage inférieur, l'angle ponto-cérébelleux, l'hypophyse, la base du crâne, les méninges, l'hémisphère gauche. Trois d'entre elles étaient des gliomes, les trois autres respectivement un lymphosarcome, un méningiome, un sarcome. Dans tous les cas le liquide avait un aspect normal, ne contenait que deux ou trois lymphocytes, de très petites quantités d'albumine. Les six malades avaient une réaction de Wassermann négative dans le sang. Dans les liquides céphalo-rachidiens, la réaction était plus ou moins fortement positive suivant le cas.

Citons encore les cas sans détails de Fremont-Smith (2) observés aux Etats-Unis et celui plus récent de Bjorklund (3) qui concerne un gliome.

Tout récemment, Barbier et Mme Clavel (4) ont vu, dans un cas de tumeur de la queue de cheval, que le liquide céphalo-rachidien avait une réaction négative au-dessus de la tumeur, positive au-dessous, bien que la perméabilité du canal rachidien ne fût pas complètement supprimée par le néoplasme.

Nous avons nous-même constaté plusieurs de ces faits.

Le premier (5) concerne une femme de 53 ans, qui présentait les signes typiques d'une tumeur ponto-cérébelleuse : céphalée tenace et progressive, surdité peu à peu accrue, hémispasme facial gauche évoluant vers une paralysie complète du VII, hémisyndrome cérébelleux gauche, reflexes tendineux vifs. Pas de stase papillaire. Dans les antécédents de cette malade, on pouvait noter deux fausses couches successives suivies de la naissance de six enfants bien portants. La réaction de Wassermann dans le sang était négative. Aucun signe clinique de neuro-syphilis. Le 22 juin 1930 une ponction lombaire donne les renseignements suivants : leucocytes, 22 ; albumine 1 gr, 50 ; réaction de Wassermann positive ; réaction du benjoin positive.

(1) A.-B. Mandelboim. *Zeitschrift fur ges. Neurol. und Psychiatrie*, 1930, p. 781.

(2) Fremont-Smith. *The Journal of the American Medical Association*, 1931.

(3) Bjorklund. *Svenska laketidning*, août 1931, p. 50.

(4) Barbier et Mme Clavel. *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 27 novembre 1934.

(5) A. Sézary. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1932, p. 1354.

Sur la foi de ces résultats, le diagnostic de syphilis bulbo-protubérantielle fut envisagé Différents traitements institués amenèrent une amélioration certaine, mais passagère. Le 8 mai 1932, une nouvelle ponction lombaire donne les résultats suivants : leucocytes, 1,2 ; albumine, 1 gr. 95 ; réaction de Wassermann négative ; réaction du benjoin positive. Dans le sang les réactions de Wassermann et de Hecht furent toujours négatives. Cependant, à la longue, le diagnostic de tumeur s'imposa devant la persistance et l'aggravation des signes cliniques : la stase papillaire apparut enfin. L'opération, pratiquée par Clovis Vincent, montra la présence d'un gliome du nerf acoustique.

Un autre cas, inédit, concerne un homme de 45 ans, indemne de tout antécédent syphilitique avéré, qui souffrait de la tête et avait une légère parésie faciale. Le fond d'œil était normal, on pensa à une lésion syphilitique du tronc cérébral. La ponction lombaire donna un liquide contenant 25 leucocytes, 60 centigrammes d'albumine et une réaction de Wassermann fortement positive. La séro-réaction était négative dans le sang. Le traitement spécifique (mercure, bismuth) ne donna aucun résultat. Quelque temps après on nota une paralysie de la huitième paire et un hémisyndrome cérébelleux très accusé (vertiges, titubation avec chute à droite, adiadococinésie). La stase papillaire fit son apparition. Le diagnostic de tumeur ponto-cérébelleuse devint alors évident. Il fut confirmé par l'intervention chirurgicale (de Martel).

Nous avons eu en 192 l'occasion d'examiner le liquide céphalo-rachidien d'un malade non syphilitique atteint de troubles mentaux ayant l'allure de ceux de la paralysie générale. La ponction lombaire nous donne un liquide contenant quelques leucocytes, une hyperalbuminose assez forte et une réaction de Wassermann positive, ce qui nous fit porter le diagnostic de paralysie générale. Mais plus tard apparurent des signes évidents de tumeur cérébrale et le liquide céphalo-rachidien, examiné par M. Léchelle, se montra alors simplement hyperalbumineux ; la réaction était devenue négative (1). Le malade fut très amélioré par la radiothérapie.

Nous avons trouvé encore une réaction positive dans le liquide céphalo-rachidien d'un homme de 40 ans, atteint d'une paraplégie spasmodique. Cet homme niait tout antécédent syphilitique, la réaction de Wassermann dans le sang était négative, mais il avait un signe d'Argyll Robertson unilatéral. Chez lui, le liquide était xanthochromique, très fortement albumineux, il contenait des leucocytes et avait une réaction de Wassermann fortement positive. On pensa à une myélite syphilitique, mais le

(1) Voir Léchelle, Baruk et Ledoux-Lebard. *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux*, 1927, p. 785.

traitement d'épreuve ne donna aucune amélioration. L'épreuve de lipiodol révéla l'existence d'une compression médullaire. Celle ci était due à un méningiome, comme le montra l'intervention (Clovis Vincent) qui amena une guérison complète.

Dans cette observation, la coexistence avec la tumeur médullaire d'un signe d'Argyll-Robertson rend l'interprétation de la réaction de Wassermann du liquide plus difficile ; on pourrait en effet incriminer la syphilis. Il en est de même dans quelques autres observations. Celle de Lereboullet, Mouzon et Cathala (1) concerne un épithéliome papillaire né aux dépens des plexus choroïdes du troisième ventricule chez un sujet hérédo-syphilitique ; mais ici encore la réaction du sang était négative. Dans celle de Guthmann (2) et dans le cinquième des cas de Clovis Vincent, les tumeurs s'étaient développées aussi chez d'anciens syphilitiques.

*
* *

De l'étude de ces observations que peut-on conclure ?

Tout d'abord, un fait incontestable : à savoir que chez les malades atteints de tumeurs cérébrales ou médullaires et indemnes de syphilis, on peut trouver dans le liquide céphalo-rachidien une réaction de Wassermann positive.

Les examens biologiques rapportés dans la plupart des cas ont été faits avec toutes les garanties désirables ; plusieurs fois on a contrôlé les résultats en opérant avec des méthodes différentes, en employant divers antigènes, en ne négligeant aucun des contrôles nécessaires. Généralement, la réaction s'est montrée *fortement* positive, donc indiscutable.

Dans nombre des observations, l'examen clinique le plus minutieux, l'anamnèse la plus fouillée, les constatations opératoires ou nécropsiques permettent d'affirmer l'absence de syphilis, acquise ou héréditaire. Rappelons à ce propos le cas très suggestif de Clovis Vincent, où le liquide ventriculaire donnait seul une réaction positive, le liquide spinal étant tout à fait normal, et celui de Barbier et

(1) LEREBOULLET, MOUZON et CATHALA. *Revue neurologique*, 1921, p. 157.
(2) GUTHMANN. *Klinische Wochenschrift*, 1931, p. 979.

Mme Clavel où le liquide donnait une réaction négative au-dessus d'une tumeur de la queue de cheval, positive au-dessous.

Certes il est des cas où le malade est syphilitique et où l'on peut discuter l'origine de la réaction de Wassermann du liquide. Parmi les observations que nous avons rappelées, citons celles de Newmark, Stern, Marcel Pinard, Lereboullet, Guthmann, une de Clovis Vincent et une des nôtres, où la syphilis est tantôt certaine, tantôt seulement douteuse.

Mais dans la plupart (25 sur 32), la syphilis ne peut être mise en évidence. Dans 29 cas où elles ont été étudiées, les réactions syphilitiques dans le sang ont été positives dans 4 cas, légèrement positives dans 2 et négatives dans 23. Force nous est donc d'admettre, malgré la statistique de Mœrsch (1) qui prétend n'avoir jamais rencontré de réaction de Wassermann positive sans manifestations syphilitiques dans 851 cas étudiés, que la présence seule de la tumeur suffit à provoquer l'anomalie biologique. Et nous sommes en droit de nous demander si même chez les sujets syphilitiques la réaction du liquide n'est pas due plutôt à la tumeur qu'à la syphilis.

L'existence d'une réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien des sujets atteints d'une tumeur du névraxe semble assez rare. La statistique la plus valable sur ce point nous semble être celle de Clovis Vincent, qui n'en signale que 7 cas sur 400 tumeurs cérébrales étudiées.

Il nous a paru intéressant d'étudier la relation entre cette anomalie biologique et les *autres modifications du liquide céphalo-rachidien*. Malheureusement beaucoup d'observations rapportées sont muettes à ce sujet. Insistons toutefois sur les données intéressantes qui suivent. Dans 4 cas, on a noté la xanthochromie du liquide, avec forte hyperalbuminose et coagulation massive (syndrome de Frouin). Dans 8 cas où le liquide était clair et où l'on a chiffré sa teneur en albumine on trouve celle-ci augmentée 7 fois, normale une seule fois; l'hyperalbuminose n'est pas absolument constante. Dans 17 cas où les auteurs ont mentionné l'état cytologique, on en remarque 5 avec hyperleucocytose, 2 avec très faible leucocytose (3 à 4 éléments) et 11 où le chiffre des éléments blancs est

(1) Frédéric P. Mœrsch. *Journal of nervous and mental diseases*, t. **108**, 1923, p. 16.

voisin de la normale (rappelons que la leucocytose du liquide n'est pas exceptionnelle au cours des tumeurs cérébrales) (1).

On voit donc que la réaction de Wassermann du liquide chez ces malades a surtout un rapport étroit avec l'hyperalbuminose. Dans 12 cas étudiés (dont 4 avec xanthochromie), elle existait onze fois. Etant données les modifications rapides que peut présenter le liquide chez un même malade, on peut se demander si le chiffre normal trouvé dans l'observation de Mathieu-Pierre Weil et Weismann-Netter n'a pas été passager.

Nous avons recherché si le *siège de la tumeur* méritait d'être pris en considération dans la production de cette anomalie. Dans les observations que nous avons résumées, nous voyons que dans 4 cas il s'agissait de tumeurs ponto-cérébelleuses, dans 3 de tumeurs d'un hémisphère cérébral, dont deux occupaient la deuxième circonvolution frontale. Dans trois cas, les méninges étaient envahies. Dans un cas la tumeur envahissait le *gyrus supra marginalis*, dans un autre le centre ovale. Quatre tumeurs s'étendaient à la base du crâne ; une autre occupait la région occipitale, une autre la loge temporale droite, deux autres l'hypophyse, une dernière le troisième ventricule. Enfin, dans 3 cas, il s'agissait de néoformations médullaires, localisées une fois à la région cervicale, deux fois à la région lombaire. De cette énumération on peut conclure que le siège de la tumeur ne joue pas un rôle capital dans la production de la réaction. Celles qui cependant bloquent les espaces sous-arachnoïdiens et donnent lieu au syndrome de Frouin sont particulièrement propres, de ce fait, à causer l'anomalie.

* * *

Le résultat positif de la réaction de Wassermann (et comme nous le verrons plus loin des autres réactions de floculation) dans le liquide céphalo-rachidien de sujets non syphilitiques atteints de tumeurs du névraxe est, dans la pratique neurologique, une cause d'erreur importante qu'il importe de bien connaître. Elle peut en effet faire diagnostiquer à tort, au lieu de la tumeur cérébrale, une lésion syphilitique

(1) Voir H. Roger. Etude sur la réaction cytologique du liquide céphalo-rachidien dans les tumeurs cérébrales. *Revue neurologique*, 1934, t. 1, p. 346.

des centres nerveux, d'autant plus que, comme nous l'avons dit, dans certains cas l'anomalie s'accompagne d'hyperalbuminose et d'hyperleucocytose. Certes, dans les cas de tumeur cérébrale, l'albuminose est souvent très élevée et il existe une dissociation albumino-cytologique. Mais d'une part la quantité d'albumine est parfois peu élevée, d'autre part nous avons vu une telle dissociation chez certains malades atteints de paralysie générale ou même de tabès (récemment, chez un tabétique, l'examen du liquide, répété à deux reprises, nous a montré une albuminose d'environ 80 centigrammes avec une leucocytose de 3 à 4 éléments).

Le médecin qui appliquerait aveuglément à la clinique les données du laboratoire s'exposerait donc à une grossière erreur. Mais, dûment averti, il ne devra s'en prendre qu'à lui-même s'il se trompe. Il doit savoir que les méthodes biologiques ne sont qu'un appoint pour le diagnostic. Elles ne tirent leur valeur que de leur confrontation avec les présomptions fournies par l'examen du malade. Si, par exemple, le syndrome observé comporte une céphalée gravative et une stase papillaire, le diagnostic de tumeur est beaucoup plus vraisemblable que celui de neuro-syphilis. Celui de gomme cérébrale, qui semblerait concilier les résultats des examens cliniques et biologiques, n'est généralement pas valable, car les gommes du névraxe sont une affection rarissime, les centres nerveux ne participant pas au processus d'allergie qui conditionne la formation des gommes (1) ; lorsqu'elles existent, elles prennent leur origine dans les méninges ou les artères.

Il existe d'ailleurs parfois des *signes particuliers* qui permettent de soupçonner l'origine non spécifique de la réaction de Wassermann du liquide.

C'est d'abord sa coexistence avec un syndrome de Frouin, où elle est très fréquemment observée. Ensuite et surtout, ce sont ses intermittences. En effet, quand on répète à plusieurs reprises les examens du liquide chez les malades, on constate que, sans cause plausible, la réaction peut se montrer oscillante à quelques jours d'intervalle, tantôt positive, tantôt négative. Ce caractère a été noté dans 7 des observations que nous avons rapportées [Clovis Vin-

(1) A. Sézary. Pathogénie du tabès et de la paralysie générale. *Revue neurologique*, 1921, p. 337.

cent (3 cas), Guillain, Babonneix et Chabrol, Sézary (2 cas)]. Malheureusement, ce signe est peu pratique, les ponctions lombaires étant plutôt contre-indiquées chez les sujets atteints de tumeur cérébrale et à plus forte raison ne pouvant être trop souvent répétées chez eux. D'autre part, il n'est pas constant. Mais si on le constate, il peut être utilisé avec profit pour le diagnostic. Dans la neuro-syphilis en effet, la réaction de Wassermann se montre positive d'une façon constante, sans rémission passagère. Si elle disparaît, c'est généralement d'une façon lente et progressive.

Ce fait n'est pas seulement intéressant pour le praticien. Il mérite aussi d'être retenu pour expliquer la nature de la réaction de Wassermann. Dans ce cas en effet, ce sont des modifications biologiques passagères qui le conditionnent. S'agit-il de poussées congestives, comme le laisserait croire la constatation dans certaines méningites aiguës non syphilitiques d'une réaction positive dans le liquide ? S'agit-il de déversement de déchets albumineux provenant des cellules de la tumeur ou du tissu nerveux, qui modifieraient l'état physico-chimique du liquide ? Cette dernière hypothèse semble d'autant plus vraisemblable que, comme nous l'avons dit, l'anomalie s'accompagne presque toujours d'hyperalbuminose. Elle a été d'ailleurs soutenue déjà par Cl. Vincent, par Heiden et par Frenkel.

D'autres auteurs enfin incriminent la présence de complément dans le liquide. Mais il faisait défaut dans un certain nombre des cas étudiés.

L'existence, à l'origine de l'anomalie, de conditions biologiques particulières passagères ne laisse pas sans explication l'action dans certains cas du traitement anti-syphilitique. On peut admettre en effet que, modifiant passagèrement l'état circulatoire ou cytologique de la tumeur, ce traitement peut aussi modifier la réaction. Le fait est signalé dans trois des cas que nous avons rapportés, sans que malheureusement les auteurs aient précisé la médication employée. Il constitue une nouvelle cause d'erreur pour le clinicien, car il peut le fortifier dans la pensée que l'affection du malade est de nature syphilitique.

Si l'on considère en outre que le traitement spécifique a parfois une action remarquable sur les signes cliniques de certaines

tumeurs cérébrales, comme l'un de nous l'a signalé (1), on conçoit que l'erreur soit difficilement évitée.

Du point de vue biologique pur, ces faits confirment l'opinion déjà bien connue que la réaction n'a pas une spécificité absolue. Elle semble due, non pas à la présence d'une sensibilisatrice, comme on l'a cru longtemps, mais à un déséquilibre colloïdal, phénomène physico-chimique. Ce qui le prouve d'ailleurs, c'est que tout ce que nous avons dit de la réaction de Wassermann s'applique aux réactions de floculation, que ce soient celles de Lange, d'Emmanuel, de Sachs-Georgi, de Takata-Ara ou du benjoin colloïdal. La réaction de Takata-Ara a été trouvée positive dans certains cas de tumeur cérébrale par Revello (2) ; celle de Lange, par Urechia et Popea dans un cas de cystecercose cérébrale (3), par Laukin et Cornwall dans un cas de psammome (4), par Lyold James Thompson dans un cas de tumeur du cervelet (5), celle du benjoin par Guillain. Mingazzini (6) signale de son côté des réactions d'Emmanuel positives dans les mêmes conditions. Frejka et Taussig (7) ont souligné la fréquence des résultats positifs donnés par les réactions colloïdales dans le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de tumeurs du névraxe.

*
* *

Nous avons cru bon d'attirer l'attention des syphiligraphes sur ces faits, dont la connaissance leur évitera de lourdes erreurs de diagnostic. Et c'est surtout parce que, après avoir été trompé une fois par cette anomalie, nous avons ensuite pu déjouer l'embûche dressée par le laboratoire avec la complicité de la clinique et du traitement d'épreuve que nous avons voulu insister sur eux.

(1) A. Sézary. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1932, p. 1354 et *La Presse médicale*, 1933, p. 679.
(2) Revello. *Il cervello*, 1929, p. 219.
(3) Urechia et Popea. *Revista stintelor medica*, 1916, n° 9.
(4) Laukin et Cornwall. *American Journal of Syphilis*, 1919, p. 76.
(5) Lyold James Thompson. *Archiv of Neurol. and Psychiatry*, 1921, p. 131.
(6) Mingazzini. *Mémoires à l'occasion du Jubilé du docteur Russolino*, 1925, p. 409.
(7) Frezka et Taussig. *Revue neuro-pathologique tchèque*, 1922.

RECHERCHES HISTOLOGIQUES SUR LES SILLONS TRANSVERSAUX DES ONGLES (BEAU)

Par le Docteur JEAN ALKIEWICZ
(de la clinique dermatologique de l'Université de Poznan (Dir. Prof. Straszynski)
et du Service des maladies vénériennes de l'Hôpital Municipal de Poznan).

L'histopathologie de la lame de l'ongle a jusqu'à présent constitué une lacune de la pathologie cellulaire. Le manque de recherches exactes sur l'histologie de cet organe n'est pas dû au peu d'intérêt qu'il présente, mais bien plutôt aux grandes difficultés techniques que rencontrent ceux qui se donnent la peine d'aborder l'histopathologie unguéale. — Et ces difficultés deviennent compréhensibles si l'on tient compte des qualités de dureté, d'élasticité et de résistance à l'étirement et à la pression dont la nature a doté cet organe offensif et défensif. Quand on pénètre la structure de l'ongle on est frappé par l'ingéniosité de la nature qui a résolu ce problème mécanique.

On obtient les coupes d'ongle après une fixation et un ramollissement spéciaux dont les détails seront décrits ailleurs.

L'objet de cette étude est constitué par mes recherches sur l'histopathologie des sillons transversaux connus sous ce nom depuis Beau. Les cliniciens ont remarqué bien longtemps avant Beau que ce symptôme accompagnait divers troubles de l'organisme. Le mérite de Beau a été d'avoir souligné l'importance de ce phénomène en 1846.

L'étiologie des sillons transversaux de l'ongle n'est pas uniforme. On les trouve au cours des maladies aiguës, accompagnées de troubles du métabolisme, jamais au cours des maladies chroniques cachectisantes. On peut les rencontrer dans toutes les maladies infectieuses aiguës, dans le rhumatisme, l'ictère et au cours des affections aiguës de l'appareil digestif. Il en résulte que le phénomène des ongles est causé par des facteurs étiologiques variés. En même

temps la question reste ouverte de savoir pourquoi les dépressions unguéales ne surgissent pas d'une façon constante dans les conditions précitées, pourquoi elles n'affectent pas tous les ongles, mais seulement quelques-uns, et pourquoi aussi par exemple les orteils n'en sont atteints que d'une manière relativement rare.

La pathogénie des sillons transversaux des ongles a intéressé certains auteurs. Unna attribuait la plus grande importance au facteur vaso-moteur. Selon cet auteur une augmentation de la température élève la tension dans le système vasculaire de la matrice unguéale et il en résulte que celle-ci est pressée en quelque sorte contre le limbe unguéal. Dans ces conditions l'ongle croît, selon Unna, plus rapidement et en définitive devient plus fin. Heller rejetait à juste titre cette opinion de Unna, ne fût-ce que pour la raison que les dépressions des ongles ne se forment pas seulement dans les états fébriles.

Ancel émet une autre opinion ; il prétend que pendant la fièvre l'ongle subit une interruption dans sa croissance et ainsi s'expliquerait le développement des raies. Je cite, à titre documentaire, ces deux théories basées sur de pures hypothèses. Papillon a observé les sillons chez les aliénés. Il admet que la profondeur des sillons dépend de l'intensité de l'affection en cause, mais ne s'occupe pas de la question du mécanisme du développement des sillons.

Les opinions que nous venons de citer sont basées sur l'idée présomptive que la dépression transversale de l'ongle n'est qu'une lésion de la surface de la lame et que dans la partie altérée la colonne verticale des cellules de l'ongle ne diffère de la normale que quantitativement. Mes études histopathologiques condamnent ces opinions.

J'ai fait mes recherches personnelles sur le matériel de cadavres de l'Institut d'Anatomie Descriptive de l'Université de Poznan (Dir. Prof. Rozycki), l'anamnèse manque donc dans mes observations. J'ai soumis à l'examen des sillons de formes variées depuis de très distincts jusqu'à de très légèrement marqués, chez des individus des deux sexes et d'âges différents.

Avant de passer à la description de mes préparations je vais donner en quelques mots un aperçu de la structure cellulaire de la lame unguéale. Elle se compose de lamelles comme le montre la figure 1.

Celles-ci sont superposées comme des tuiles, mais en sens inverse de la direction de la croissance de l'ongle. Leur trajet s'observe le mieux au polariscope ou à travers un petit diaphragme. La figure 2 illustre schématiquement l'arrangement des cellules formant la lamelle. On remarque que les cellules basales de la lame sont polyédriques, tandis que celles qui sont situées plus haut deviennent de plus en plus aplaties. Près de la surface on aperçoit des cellules complètement aplaties avec noyau allongé. Il faut souligner que le noyau se trouve toujours au pôle proximal de la cellule ce qui permet d'orienter l'image histologique. La surface de la lame elle-même se compose de cellules « cornées » proprement dites. C'est grâce à cette structure complexe que l'ongle résiste si bien à des forces de traction et de pression.

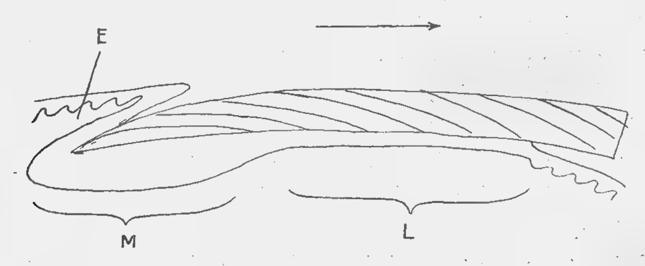


Fig. 1. — Dessin schématique d'une coupe longitudinale d'un ongle normal. La flèche indique la direction de la croissance de l'ongle. *M*, matrice, *L*, lit de l'ongle. La lame se compose de lamelles obliques. *E*, eponychium.

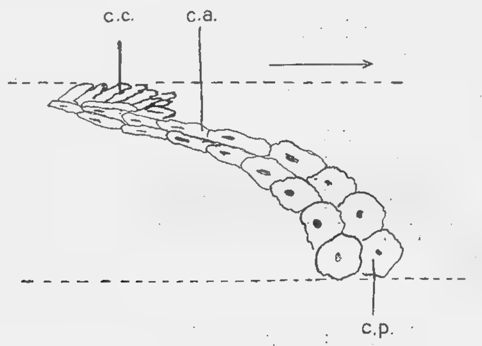


Fig. 2. — Dessin schématique de la structure cellulaire d'une lamelle. *Cp*, cellules polyédriques de la base. *Ca*, cellules aplaties. *Cc*, cellules cornées de la surface, provenant de l'eponychium. Le dessin représente la partie distale de l'ongle.

Lorsqu'on examine, sur une coupe longitudinale, un ongle affecté d'un sillon il devient évident que la dépression qu'on découvre ne consiste pas seulement en une altération de la surface, mais intéresse soit une lamelle soit tout un complexe sous la forme d'une sorte de passerelle qui s'étend presque jusqu'au lit unguéal (fig. 3).

A l'examen microscopique des lésions on constate des différences précises quant aux affinités tinctoriales des cellules à l'égard de matières colorantes.

Le sillon transversal de la surface de l'ongle correspond effectivement dans sa partie essentielle à ce que nous venons de nommer

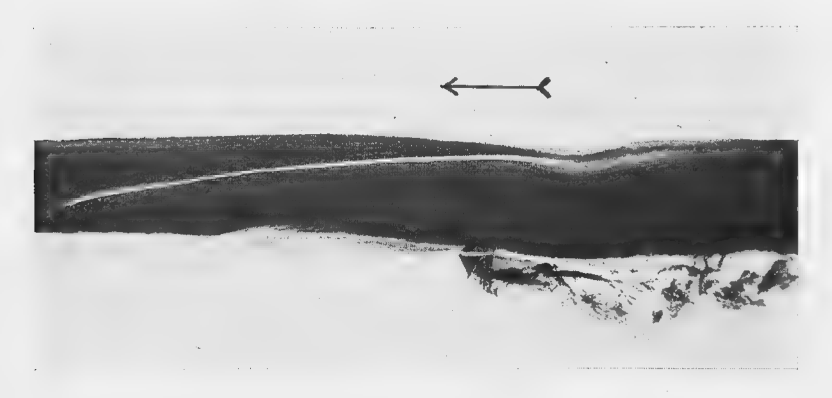


Fig. 3. — Coupe longitudinale de l'ongle du pouce. La flèche indique la direction de la croissance de l'ongle. La passerelle claire est le tissu altéré. Microphotographie.

une « passerelle » sur une coupe. Les observations suivantes le prouvent en particulier :

1° Les passerelles que j'ai vues commencent sous la surface au point correspondant à la dépression.

2° Je les ai trouvées dans tous les ongles qui étaient atteints de cette lésion.

3° Dans un ongle dont la surface montrait à l'examen macroscopique quatre sillons séparés par des espaces inégaux, j'ai constaté au microscope que les altérations histologiques répondaient exactement aux déformations extérieures.

4° Même à des dépressions à peine marquées correspondaient des modifications structurales qui ne différaient des précédentes que quantitativement.

5° Dans les images histologiques des ongles normaux je n'ai pas observé d'altérations pareilles.

L'image histologique d'un ongle à sillon transversal est représentée par la figure 3. La passerelle claire s'étend obliquement en bas et vers le bord distal de l'ongle. L'effet tinctorial dépend de la matière colorante. Avec l'hématoxyline ferrique on observe une hypochromatophilie des cellules altérées (fig. 4).



Fig. 4. — Coupe longitudinale d'un ongle à sillon (fragment). La flèche indique la direction de la croissance de l'ongle. La passerelle claire se compose de cellules hypochromatophiliques altérées. Microphotographie.

Le même effet est obtenu avec la pyronine, le bleu de toluidine, le bleu aqueux, le Cresylechtviolett, etc.

De nombreuses préparations m'ont affirmé qu'il existe divers degrés d'hypochromatophilie : légèrement marquée ou au contraire très accentuée avec une structure cellulaire effacée. Dans ce dernier cas les contours des cellules ne sont visibles qu'à travers un petit diaphragme. En plus, j'ai constaté que les soudures des cellules altérées sont relâchées. Toutes les préparations révèlent des déchi-

rures à l'endroit où le tissu est altéré (fig. 5), indiquant ainsi sa moindre résistance.

Une image inverse s'obtient en colorant avec l'hématoxyline de Regaud ou avec Blauschwarz. Dans ce cas les cellules lésées retiennent la matière colorante plus fortement et après la différenciation elles se présentent foncées sur fond clair.

Toutes les préparations démontrent que les cellules altérées diffèrent des normales en ce qu'elles sont plus amincies (fig. 4), ce qui

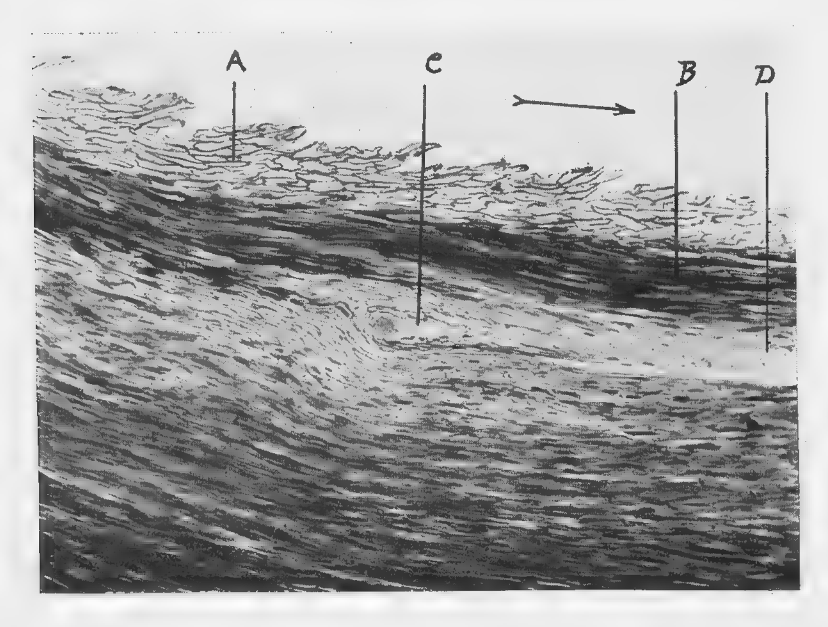


Fig. 5. — Coupe longitudinale d'un ongle à sillon, partie superficielle de la lame. *A*, cellules cornées, provenant de l'eponychium. *B*, cellules unguéales normales. *C*, épanchement. *D*, cellules hypochromatophiliques. La flèche indique la direction de la croissance. Microphotographie.

est un fait d'une importance particulière pour l'explication du développement des sillons. Les lamelles successives de la passerelle, c'est-à-dire produites après l'action de l'agent nocif, consistent en cellules à noyau plus coloré.

Comme je l'ai mentionné plus haut on distingue divers degrés de gravité du processus pathologique. Le plus faible est représenté à la figure 6.

L'unique expression de l'altération est l'hypochromatophilie. Le changement est déjà plus fortement marqué à la figure 4. Là, outre l'hypochromatophilie nous voyons aussi l'amincissement. Le degré le plus fort s'observe à la figure 5 ; les cellules de la surface de l'ongle provenant de l'eponychium, sont intactes. En opposition avec les cellules de l'ongle, elles sont cornées et éosinophiles et l'hématoxyline ferrique ne colore que leurs contours. Sous celles-ci on trouve les cellules unguéales normales, au protoplasme fortement

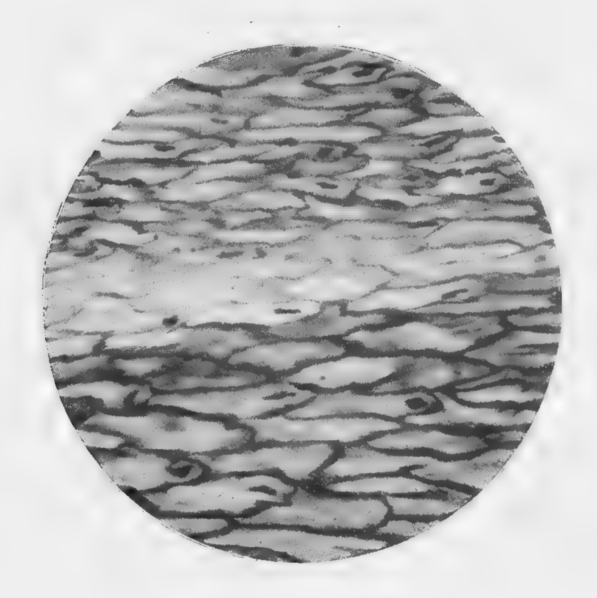


Fig. 6. — Coupe longitudinale d'un ongle à sillon. Fragment de la partie médiale. La flèche indique la direction de la croissance. La passerelle claire des cellules altérées est faiblement marquée. Microphotographie.

coloré. Non loin de la surface commence la passerelle claire. Au pôle gauche se révèle une partie ovale, amorphe, partiellement détachée du reste du tissu par de petites fentes. Quelle est l'explication de cet état ? La masse amorphe ne renferme pas de restes de chromatine en déchéance, ce qui aurait pu faire penser à une dégénérescence des leucocytes. Les petits points noirs qu'on voit à travers un petit diaphragme sont les noyaux des cellules voisines plus vivement colorés. Les examens spectroscopiques faits pour découvrir des

matières colorantes du sang (hématoïdine amorphe), se sont montrés négatifs ainsi que les réactions de la fibrine. Il en résulte qu'il faut considérer cette masse un peu granuleuse comme le reste d'un liquide exsudatif séreux, desséché d'autant plus que la dessiccation est un processus accompagnant l'onychisation.

L'influence de l'épanchement sur le tissu avoisinant est évidente. Toutes les cellules unguéales contiguës sont hypochromatophiles. Ceci concerne particulièrement les cellules formant la lamelle qui part du point de l'épanchement obliquement vers la base de l'ongle.

Pour éclairer la *pathogénie* de ce processus pathologique je dois faire mention des changements que j'ai étudiés histologiquement et trouvés sous l'action des hématomes intra-unguéaux, et dont les résultats ont été publiés dans *Archiv für Dermatologie*, t. 168. La conclusion de ce travail est que le sang extravasé se dessèche ; l'action de l'hématome sur les cellules avoisinantes est évidente et s'exprime par leur hypochromatophilie, visible après la coloration du protoplasme. La coloration des noyaux révèle les mêmes changements que j'ai décrits ci-dessus.

En me basant sur les résultats mentionnés ci-dessus j'interprète le *développement des altérations histologiques* de la façon suivante : consécutivement à l'action d'un agent nocif apparaît une exsudation inflammatoire, notamment dans la partie du lit de l'ongle la plus vascularisée, c'est-à-dire dans la matrice. Le liquide extravasé pénètre jusqu'aux cellules onychisées qui, strictement soudées, opposent une résistance grâce à leur dureté. Au contraire, les cellules jeunes en voie d'onychisation s'altèrent, ce qui se traduit par : 1° une modification de la coloration ; 2° un amoindrissement de l'accolement mutuel des cellules ; 3° leur amincissement. A mesure que le processus pathologique rétrocède de nouvelles lamelles surgissent qui plus tard deviennent tout à fait normales. La croissance de l'ongle continuant la nouvelle lamelle pousse la précédente distalement ; ainsi après quelque temps nous constatons la passerelle des cellules altérées dans la partie médiane de la lame. Par la distance entre le sillon et la racine de l'ongle on peut calculer l'époque de l'altération, dont la durée est indiquée par la largeur de la zone lésée. La longueur de celle-ci nous enseigne si une partie de la matrice ou même la matrice toute entière avait été affectée par le processus pathologique.

L'étude de mes préparations m'a permis de constater indiscutablement que la passerelle altérée ne s'étend jamais jusqu'au lit de l'ongle, mais qu'elle en reste toujours séparée par un espace libre, formé de cellules intactes, polyédriques, provenant du lit. Particulièrement remarquable est à ce point de vue la préparation reproduite sur la figure 3. La longueur de la zone altérée est de 4 mm. 1, ce qui correspond à l'axe longitudinal de la matrice, à partir de la racine jusqu'au bord distal de la lunule. Il faut supposer que l'agent nocif affectait la matrice dans toute sa longueur. Ces résultats sont de quelque importance pour comprendre la dynamique de la croissance de l'ongle, problème jusqu'ici non résolu.

Il faut aussi répondre à la question quel est *le mécanisme du développement de la dépression*, visible macroscopiquement à la surface de l'ongle. La réponse se trouve dans un détail histologique mentionné plus haut. Les cellules, formant la passerelle altérée, sont plus minces que les voisines. Il est donc clair que du fait de l'architecture en tuiles des lamelles, l'amincissement de l'une ou de plusieurs arrive à former un sillon visible à la surface.

L'expérience m'a confirmé que les raies transversales de l'ongle ne sont pas toujours des sillons véritables. J'ai observé ceci dans les lésions légèrement accentuées. Souvent en lumière oblique on reconnaît des ondulations de la surface de l'ongle dues à ce fait qu'au pôle proximal de l'ongle la dépression est suivie d'un petit bourrelet. J'ai eu occasion d'observer un ongle dont la partie médiane présentait une dépression marquée qui aux deux bouts se continuait par des bourrelets distincts.

Conclusions

1° Le sillon de Beau n'est pas seulement une lésion de la surface de l'ongle mais intéresse toute la lame.

2° Sur une coupe longitudinale d'un ongle portant un sillon on observe une passerelle oblique (fig. 3), formée de cellules altérées.

3° Les lésions des cellules s'expriment par : A un amincissement, B une colorabilité altérée (fig. 3, 4, 6) et C un accolement affaibli. L'amincissement est la cause de la dépression de la surface et du développement du sillon.

4° L'altération cellulaire est souvent le résultat d'un épanchement inflammatoire de la matrice ; parfois aussi ce sont des troubles du métabolisme qui sont responsables de la production des cellules malades.

5° En ce qui concerne la colorabilité, j'ai trouvé des modifications pathologiques rassemblées autour des hématomes intra-unguéaux.

Bibliographie

Ancel, *Thèse de Paris*, 1868. — Papillon, *Thèse de Lyon*, 1896. — Unna, *Arch. f. Derm.*, 1881-1882. *Mon. f. pr. Derm.*, t. **24**. — Heller, *Die Krankheiten der Nägel*, Handbuch, **13**, 2, 1927 (Bibliographie). — Alkiewicz, *Arch. f. Derm.*, t. **168**. *Przeglad Dermatol.*, 1932.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en septembre 1934.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

Le virus syphititique : ses variations morphologiques, sa multiplication et son action pathogène, par W. Nyka. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **53**, n° 3, septembre 1934, p. 243, 26 fig.

N. a étudié les variations morphologiques du virus syphilitique :

1° par coloration de syphilomes : les uns en voie de formation, les autres en voie de résorption. Il a vu le virus syphilitique sous la forme tréponémique, plus ou moins typique ou sous la forme filamenteuse, dans les noyaux de fibroblastes et de spermatogonies, ainsi qu'à l'intérieur des cellules lymphatiques ;

2° par coloration des ganglions du lapin, dans lesquels il a constaté des formations morphologiquement bien définies, impossibles à mettre en évidence dans les ganglions normaux ;

3° par des expériences *in vitro*. Il observe que les spirochètes sont capables de pénétrer activement dans les cellules et y perdent leur forme spiralée pour prendre celle de filament ;

4° par prélèvement de ganglions quatre heures et demie après l'inoculation, il a pu suivre le mécanisme de leur envahissement et les modifications d'aspect morphologique que le virus syphilitique subit à leur intérieur ;

5° par prélèvement chez le lapin au stade de syphilome, d'organes (ganglions, rate foie) qu'il a trouvés parasités ;

6° par des expériences *in vivo* (ovaire de lapin, ganglion de souris). Le spirochète les pénètre plus rapidement qu'*in vitro* et perd sa forme spiralée peu de temps après sa pénétration.

Il conclut que l'agent étiologique de la syphilis comporte deux aspects morphologiques distincts : la forme tréponémique et la forme filamenteuse, avec entre les deux, toutes les formes de transition permettant de reconstituer toutes les phases de la métamorphose. Le complexe tréponème-filament, avec toutes les formes de transition, corres-

pond au virus syphilitique. La transmission de la syphilis se fait par le spirochète qui disparaît une fois l'infection du nouvel hôte réalisée. La forme filamenteuse constitue la forme d'état du virus syphilitique ; c'est à elle qu'il faut attribuer la pathologie caractéristique de la syphilis.

Le changement de l'aspect morphologique n'entraîne pas de modifications des propriétés biologiques du parasite, en ce sens que la forme filamenteuse peut également réaliser l'infection. Sous la forme spirochétienne, le parasite peut pénétrer dans les cellules et pulluler à leur intérieur. Il se transforme alors en filament. Sous cette forme, il peut se multiplier par division transversale. Les fragments résultant de la division peuvent reconstituer des spirochètes. La multiplication du parasite à l'intérieur des cellules n'est pas compatible avec la survie de celles-ci.

Toutes les cellules n'ont pas la même sensibilité à l'égard du virus syphilitique : les cellules hépatiques et les fibroblastes sont peu sensibles ; les cellules lymphatiques et nerveuses le sont beaucoup. Sous sa forme filamenteuse, à cause de sa faible colorabilité, le virus syphilitique n'avait pas été vu jusqu'à présent. H. Rabeau.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Lésions unguéales syphilitiques, par A. Lévy-Bing et A. Carteaud. *Annales des Maladies Vénériennes*, année **29**, n° 9, septembre 1934, p. 641, 7 fig.

Le diagnostic étiologique d'un onyxis est toujours délicat. Fournier a minutieusement décrit les altérations de l'ongle dues à la syphilis. A côté des onyxis, il a étudié les péri-onyxis secs, inflammatoires ou ulcéreux. Milian a su détacher du syndrome d'origine inconnue de l'acrodermatite continue d'Hallopeau, les acrodermatites syphilitiques.

Les auteurs insistent sur le fait qu'il ne faut pas se fier dans ces syphiloses localisées aux réactions sérologiques. C'est un examen clinique approfondi, une recherche des stigmates, un interrogatoire serré du malade qui orientent vers la syphilis.

Ils publient trois observations intéressantes : 1° un cas de pachionyxis, complètement guéri avec restitution *ad integrum*, par le traitement syphilitique ; 2° un cas d'onyxis craquelé, guéri par le traitement bismuthique ; 3° un cas de décollement spontané de tous les ongles des mains et des pieds. H. Rabeau.

L'importance de la tuberculose génito-urinaire et les pratiques sexuelles anormales, par W. E. Coutts, M. D. *Annales des Maladies Vénériennes*, année **29**, n° 9, septembre 1934, p. 655.

C. attire l'attention des phtisiologues sur la possibilité de la transmission de la tuberculose par la pratique du coït buccal.

H. Rabeau.

Sur l'allergie de la peau dans la gonorrhée, par E. M. Lévine, I. M. Lévine, M. M. Lévine et M. I. Fink. *Annales des Maladies Vénériennes,* année 29, n° 9, septembre 1934, p. 658.

Les gonocoques, séjournant dans l'organisme, sensibilisent la peau au moyen des produits de leur activité vitale. Cette sensibilisation spécifique est définie par l'apparition d'une réaction intradermique positive à l'administration de l'antivirus gonococcique. Les auteurs croient qu'on pourra employer pour le diagnostic de la gonorrhée cette sensibilité relativement spécifique de la peau (sensibilisation) à une matière précise (gono-filtrat-bouillon). H. Rabeau.

Une cas de sensibilisation polyvalente du tissu hypodermique fessier, déclanché probablement par des piqûres au mercure, par Fl. Em. Saratece *Annales des Maladies Vénériennes,* année 29, n° 9, septembre 1934, p. 665.

Intéressante observation d'une malade ayant présenté, à la suite d'un traitement antisyphilitique par des piqûres au mercure, des éruptions nodulaires des fesses. Ces lésions se distinguaient des nodules observés comme suite des injections mercurielles, surtout insolubles. Leur aspect clinique insolite, leur durée limitée et, par dessus tout, la réapparition des anciens foyers disparus, à l'occasion de la reprise des piqûres au début et plus tard, même sous l'influence d'autres facteurs, amenait à les considérer comme des manifestations d'ordre allergique, d'une sensibilisation du tissu hypodermique. H. Rabeau.

Spectres d'absorption dans l'ultra-violet des sérums des syphilitiques, par Mladen Paic. *Annales des Maladies Vénériennes,* année 29, n° 9, septembre 1934, p. 672.

Les sérums humains normaux ne se distinguent pas par leurs spectres d'absorption dans l'ultra-violet du sérum des sujets syphilitiques. La syphilis n'affecte pas, par conséquent, profondément la structure des protéines du sérum. H. Rabeau.

Archives Hospitalières (Paris).

Parakératoses du visage et infections dentaires, par H. Montlaur. *Archives Hospitalières,* n° 5, septembre 1934, pp. 292 293.

Intéressante observation d'une parakératose psoriasiforme du visage qui résiste des mois au traitement externe, le dentiste ayant affirmé l'intégrité de la dentition — et qui disparaît spontanément quelques jours après l'apparition d'un abcès dentaire à streptocoques et l'avulsion de la dent. A. Bocage.

Guérison rapide d'une érythrodermie desquamative ou maladie de Leiner-Moussous par l'auto-vaccin entérococcique (per os) à doses infinitésimales, par G. Blechmann et Mme P. J. Ménard *Archives Hospitalières,* n° 5, septembre 1934, pp. 312-318.

Rappelant le rôle de l'entérocoque établi par M. et Mme Montlaur dans

la genèse de certains intertrigos avec réaction seconde à distance de type séborrhéique, les auteurs montrent l'évolution de leur thérapeutique dans ces affections. Ils furent amenés par la constatation de réactions d'intolérance à diminuer considérablement la dose de vaccin utilisée, puisque chez un malade 3 millions de germes par voie buccale donnaient de la diarrhée. Une dose six fois plus faible fut tolérée et permit de traiter l'enfant avec succès. Observation d'érythrodermie desquamative chez un nourrisson avec succès thérapeutique à l'aide de vaccin entérococcique donné à doses croissantes à partir de 100.000 germes seulement jusqu'à un maximum de 5 millions.

A. Bocage.

Paris Médical.

Considérations critiques sur l'action de la malaria dans la paralysie générale, par P. Guiraud et J. Ajuriaguerra. *Paris Médical*, année **24**, n° 38, 22 septembre 1934, pp. 222-228.

1° Les auteurs mettent en doute la constance de la poussée congestive par exacerbation des lésions locales des centres nerveux au cours de la malaria ; elle existe cependant et ils en apportent un exemple chez une malade atteinte en même temps de lésion médullaire.

2° Ce qu'on a appelé la tertiarisation, processus de guérison, est plutôt une manière de s'exprimer, qu'un fait absolument évident et très fréquent.

3° D'après leurs constatations, quand il y a eu action heureuse de la malaria, les lésions du lobe frontal, de type paralytique, s'éteignent progressivement, et sans se transformer en processus de type syphilitique, donnent naissance à un épaississement vasculaire cicatriciel.

4° Très rarement, on voit, après quelques mois ou plus d'amélioration, se faire des « récidives neurologiques » évoluant en foyers insulaires non corticaux : les auteurs en apportent trois observations. L'installation de ces récidives est rapide et elles se montrent résistantes au traitement.

Histologiquement, ces foyers se rapprochent des lésions décrites par R. Wilson dans ce qu'il appelle la période « de recrudescence des lésions ».

Au cours de la discussion pathogénique qui suit leur description histologique, les auteurs mettent en doute la théorie de Dujardin, estimant que l'anallergie cutanée des paralysies générales n'est pas l'origine, mais la conséquence de l'inflammation intense du système nerveux.

A. Bocage.

La Presse Médicale (Paris).

L'alopécie habituelle de l'homme adulte : défaut de l'équilibre hypophyso-génital, par E. Cantilo. *La Presse Médicale,* année **42**, n° 75, 19 septembre 1934, p. 1465.

La nature endocrinienne de la plupart des alopécies habituelles de l'adulte ne fait pas de doute, dit C. Elle est due à un déséquilibre hypophyso-génital, dans lequel la gonade l'emporte sur l'hypophyse. Il a traité un certain nombre de malades par l'extrait de lobe antérieur et déterminé une cessation de la séborrhée, un changement de consistance des cheveux et une repousse franche au bout de six mois.

H. Rabeau.

Archives de la Société des Sciences Médicales de Montpellier.

Remarques à propos de deux cas d'érysipèle récidivant de la face, par G. Giraud, J. Ravoire et J. M. Bert. *Archives de la Société des Sciences Médicales de Montpellier,* septembre 1934, p. 350.

Relation de deux observations d'érysipèle récidivant dont l'évolution a été chronologiquement liée à la vie génitale des malades, mais dans des conditions qui diffèrent complètement d'un cas à l'autre. Une des malades a réalisé des poussées érysipélateuses exclusivement entre la puberté et la ménopause, l'autre les a faites avant la puberté et après la ménopause.

P. Vigne.

Deux observations d'ectodermose bulleuse, par M. Janbon, A. Ratie et P. Betoulières. *Archives de la Société des Sciences Médicales de Montpellier,* septembre 1934, p. 350.

Les auteurs ont observé deux nouveaux cas de cet état morbide, dont l'un à manifestations cutanées exclusives, se présente comme un hydroa vésiculeux de Bazin, et dont l'autre, par ses manifestations muqueuses, correspond à la description donnée par Fiessinger, de l'ectodermose érosive pluri-orificielle. Ils rappellent les arguments qui leur font considérer, après Jausion, les deux syndromes comme des formes cliniques particulières (cutanée et muqueuse) d'une même entité nosologique pour laquelle l'un d'eux a proposé la dénomination d'*Ectodermose bulleuse.*

P. Vigne.

Erythème polymorphe et érythème noueux, par M. Janbon, A. Ratie et P. Betoulières. *Archives de la Société des Sciences Médicales de Montpellier,* septembre 1934, p. 350.

Les auteurs relatent une observation d'érythème polymorphe à types éruptifs très variés, comprenant : sur la face et le cou, des éléments papulo-vésiculeux, dont certains présentaient un aspect franchement varioloïde, identique à celui de l'hydroa vacciniforme ; sur les avant-bras, des éléments érythémato-papuleux ; enfin, des taches contusi-

formes et des nouures sur les jambes. Ce fait est en faveur de l'opinion qui considère l'érythème noueux comme une simple variété morphologique des érythèmes polymorphes. Les recherches de laboratoire très complètes faites en vue de déceler le rôle de la tuberculose (inoculation, hémoculture en milieu de Löwenstein, réactions de Besredka et de Vernes à la résorcine) sont restées muettes. P. VIGNE.

Méningite aiguë lymphocytaire bénigne survenue neuf jours après le début d'un chancre. Discussion du diagnostic, par JANBON, A. RATIE et A. VEDEL. *Archives de la Société des Sciences Médicales de Montpellier,* septembre 1934, p. 350.

Une méningite à lymphocytose, spontanément et complètement guérie en cinq jours, est observée chez un jeune soldat par les auteurs précités. Neuf jours avant avait débuté un chancre induré de la verge, au niveau duquel furent décelés quelques rares tréponèmes pâles. Les réactions sanguines, d'abord négatives, deviennent, celles de Kahn, de Meinicke (M. K. R. II) et de Müller (M. B. R. II) positives, 16 jours après le début du chancre, celles de Wassermann et du benjoin colloïdal restent, par contre, négatives dans le liquide céphalo-rachidien. Les auteurs discutent le problème des relations de la méningite observée avec le développement de la syphilis. P. VIGNE.

Marseille Médical.

Zona et varicelle, par Paul VIGNE. *Marseille Médical,* année 71, n° 25, 5 septembre 1934, p. 314.

L'auteur rapporte l'observation d'une jeune femme de 31 ans n'ayant jamais eu la varicelle et présentant un zona intercostal droit, survenu 11 jours après le contact avec un enfant de 3 ans porteur de nombreuses vésicules de varicelle. P. VIGNE.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Sur le développement et le traitement de l'eczéma en tenant compte de la notion de l'infection focale (Zur Entstehung und Behandlung des Ekzems vom Standpunkt der Herdinfektions lehre), par M. MEMMESHEIMER. *Dermatologische Zeitschrift,* t. 70, n° 1, septembre 1934, p. 1.

Quels sont le rôle et l'importance des infections focales dans le développement de l'eczéma ? M. a entrepris chez 88 eczémateux de 16 à 66 ans, de déceler par un examen méthodique les infections focales possibles et de les détruire.

C'est ainsi qu'il a systématiquement examiné ou fait examiner les dents, la gorge, les oreilles, les organes génitaux et génito-urinaires. Il a constaté presque toujours une concordance entre le foyer infectieux et le début des lésions cutanées. La guérison du foyer infec-

tieux, découvert chez 75 malades sur 88, a été suivie de la guérison de l'eczéma dans 69 cas ; 9 fois, il a vu une récidive se produire dans l'année. Des 13 malades chez qui l'on n'avait pas trouvé de foyers infectieux, 5 ont récidivé dans l'année.

La contre-épreuve exigeait d'établir chez les non-eczémateux la fréquence des foyers infectieux : sur 40 malades, 13 seulement en présentaient. L. CHATELLIER.

Sur la résistance des spirochètes de la syphilis chez les sangsues (Ueber die Verweildauer von Syphilisspirochäten im Blutegel), par R. WAGNER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. 70, n° 1, septembre 1934, p. 11.

Des sangsues sont posées sur un chancre syphilitique du lapin. Les spirochètes sont recherchés de 30 minutes à 96 heures après la succion, soit par le microscope, soit par injection à un lapin vierge du contenu intestinal de la sangsue. W. n'a jamais retrouvé de spirochètes ni obtenu une inoculation positive. L. CHATELLIER.

Les spirochètes de la syphilis peuvent-ils chez le lapin s'enfoncer de la cornée dans le cerveau? (Vermögen die Syphilisspirochäten bei Kaninchen von der Hornhaut aus ins Gehirn einzudringen?), par R. WAGNER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. 70, n° 1, septembre 1934, p. 13.

Le lapin, devenu l'animal de choix pour l'étude de la syphilis expérimentale, a jusqu'ici témoigné d'une résistance singulière de son système nerveux au spirochète. Les résultats obtenus sont si rares, que leur valeur pratique est nulle.

D'autre part, l'infection de la cornée, soit directe, soit secondaire, est chez lui facile à réaliser. Le spirochète ne pourrait-il pas aisément passer de l'œil au cerveau ? W. a entrepris toute une série de recherches (inoculation à la cornée chez un lapin, dont le sang et le cerveau étaient secondairement inoculés à un autre animal), qui ne lui ont pas permis de constater une invasion du cerveau par le spirochète. Ce résultat confirme les constatations antérieures.

L. CHATELLIER.

Troubles psychiques temporaires après injection de néosalvarsan (Temporäre psychische Sörung nach Salvarsaninjektion), par A. AKOWBJAN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. 70, n° 1, septembre 1934, p. 31.

Un syphilitique de 38 ans, jusque-là bien portant, reçoit deux injections de néosalvarsan sans incident, pour des accidents secondaires. Après la 3e injection, se déclarent du malaise, une céphalée intense, des douleurs articulaires et osseuses avec de la fièvre. Au bout de trois jours, le malade ne reconnaît plus son entourage, a des troubles du langage et de l'agitation. Au 4e jour, ces manifestations disparaissent, mais persiste une amnésie qui porte sur les événements les plus récents. Le 5e jour, il retrouve ses esprits, mais il persiste un trou dans ses souvenirs portant sur deux semaines. L. CHATELLIER.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Nouvelles recherches sur 1.000 sérums avec la réaction de Wassermann-Schreus (Neue Erfahrungen an 1.000 Seren mit der Wassermann-Schreus-Reaktion), par R. Krumeich. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 35, 1er septembre 1934, p. 1129.

En 1934, dans le *Zeitsch. f. Immunitätsforsch.*, n° 82, 53, Schreus et Fœrster ont proposé une méthode pour renforcer la sensibilité de la réaction de Wassermann. Le principe de cette méthode réside dans le fait que l'adjonction à un sérum syphilitique de petites quantités de réagine, provenant d'un sérum qui en était très richement pourvu (sérum de Schreus secondaire), rend la réaction plus intense. Les quantités de réagine ajoutées doivent être insuffisantes à modifier un sérum négatif. Or, ces réagines sont liées à la globuline du sérum ; l'albumine du sérum agit, elle, comme un colloïde empêchant. Il suffit, pour obtenir les réagines, de séparer la globuline dans un sérum très fortement positif, par action du sulfate d'ammonium, de titrer la quantité de réagine à employer. Nous ne pouvons pas, dans une analyse, reproduire la technique minutieuse du dosage qui a pour objet de fixer la quantité capable à elle seule de dévier le complément, mais qui doit rester insuffisante à modifier la réaction d'un sérum absolument négatif. Il est utile de faire, en même temps que la réaction de Wassermann, la gono-réaction et la réaction de Besredka. K., avec le procédé de Schreus, a examiné 1.000 sérums et a comparé les résultats obtenus avec les réactions de floculation. Il conclut que la réaction de Schreus est spécifique, plus sensible que la réaction habituelle ; qu'une réaction de Wassermann négative, accompagnée d'une réaction de Schreus et de floculations positives signifie que la guérison n'est pas obtenue et que le traitement doit être poursuivi. Réaction de Wassermann négative avec réaction de Schreus négative et floculations positives n'a pas une signification aussi précise. Une réaction de Schreus isolée n'a pas de valeur. Quand avec une réaction de Wassermann positive on n'obtient pas un renforcement avec le procédé de Schreus, on doit penser à une réaction non spécifique et en chercher l'origine.

L. Chatellier.

Le traitement du cancer de la peau et des lèvres (Die Behandlung des Haut- und Lippenkrebses), par E. H. Molesworth. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 35, 1er septembre 1934, p. 1134.

M. a utilisé, dans le traitement du cancer de la peau, une technique radiothérapique qui est bien voisine de celle utilisée par Miescher, sans qu'il ait connu les travaux de ce dernier. Il a ainsi traité avec succès des milliers de cas. Pour le cancer de la lèvre, M. utilise le procédé des « feux croisés » de rayons de pénétration moyenne. Le pronostic de cette localisation épithéliomateuse est bon, car l'expérience apprend que le cancer de la lèvre, surtout celui provoqué par

l'irritation solaire, s'accompagne rarement d'adénopathie, et particulièrement quand la lésion initiale n'a pas atteint un trop grand volume.

L. CHATELLIER.

Sur la formation d'os dans le tissu sous-cutané des deux jambes (Ueber Knochenbildung in der Subkutis beider Unterschenkel), par HEDWIG RACHOLD. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 35, 1er septembre 1934, p. 1141, 2 fig.

Chez une malade de 69 ans, atteinte d'eczéma chronique, on trouve dans le tissu cellulaire des foyers d'ossification. Dans les antécédents, n'existent que des varices consécutives à 6 grossesses, et qui sont restées douloureuses. Peu à peu se sont développés les placards solides, disséminés dans le tissu sous-cutané des deux jambes, à droite surtout. La radiographie montre des lames calcaires sous-cutanées, des zones d'ossification périostée irrégulières au niveau des deux os de la jambe. La peau offre des lésions dégénératives : absence de glandes sudoripares et sébacées, hyalinisation du conjonctif, dépôts calcaires plus ou moins bien encapsulés, avec quelques ostéoblastes, de rares ostéoclastes et même formation par endroit de moelle osseuse. R. rappelle les rares observations analogues : celles de Fränkel, Strassberg, Rokitansky, Chiari, etc.

L. CHATELLIER.

Remarques sur le traitement du lupus érythémateux par le bismuth (Bemerkungen zur Behandlung des Lupus erythematodes mit Wismut), par A. JORDAN et A. TARABUCHIN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 35, 1er septembre 1934, p. 1145.

Au mode habituel d'administration intramusculaire du bismuth, J. et T. ont essayé d'ajouter et même de substituer le traitement local du lupus érythémateux par un iodobismuthate de quinine : ils l'emploient en badigeonnages quotidiens, associé ou non à l'arsenic (spirocid *per os*). Ils ont constaté dans 10 cas une amélioration notable. Dans 2 cas, les badigeonnages ont dû être faits tous les 2 jours seulement.

L. CHATELLIER.

Traitement local de la tuberculose par l'ektebin associé au régime déchloruré (Lokale Ektebinbehandlung der Haut tuberkulose bei gleichzeitiger kochsalzarmer Diät), par J. DÖRFFEL et W. PASSARGE *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 36, 8 septembre 1934, p. 1173, 4 fig.

Rappelons que l'ektebin est une pommade contenant de la vieille tuberculine, des bacilles humains et bovins tués avec additions de produits kératolytiques. D. et P. ont associé à l'action locale spécifique l'action générale non spécifique du régime déchloruré.

Ils ont traité ainsi 39 tuberculoses cutanées, dont 35 lupus. Voici la technique suivie : sur les régions malades nettoyées à la benzine ou décapées à l'acide salicylique, ils appliquent l'ektebin deux ou trois fois, à 3 ou 4 jours d'intervalle ; entre les applications d'ektebin, pommade à l'acide pyrogallique, qui peut être aussi employée après l'ekte-

bin. Il est bon chez quelques malades d'employer l'ektebin à 2-20 o/o avant d'arriver à la pommade pure. L'association du régime déchloruré accélère l'action du traitement local. L. Chatellier.

Sur un cas d'acrodermatite continue suppurée d'Hallopeau (Ueber ein Fall von Acrodermatitis continua suppurativa Hallopeau), par H. Sprafke. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 36, 8 septembre 1934, p. 1179, 2 fig.

Observation classique d'un cas d'acrodermatite continue d'Hallopeau (ou phlycténose récidivante d'Audry), aboutissant à l'amputation d'un doigt. L. Chatellier.

Influence des hormones sur le développement des champignons de la peau (parasites mycéliens et levures) (Hormonale Beeinflussung des Wachstums der Hautpilze (Sowie der Schimmelpilze und der Hefe)), par Hruszek. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 36, 8 septembre 1934, p. 1184.

H. étudie la croissance des divers parasites : champignons et levures sur milieux additionnés de doses variables et croissantes de certaines hormones (thyroïde, surrénale (et dopa), lobe antérieur de l'hypophyse). L'accroissement des doses d'hormones provoqua un ralentissement et même un arrêt complet de la culture. Les différentes espèces possèdent une sensibilité variable à une même hormone et le pouvoir empêchant varie d'une hormone à l'autre. L. Chatellier.

Sur une nouvelle réaction biologique d'immunité pour le diagnostic de la lymphogranulomatose inguinale (Ueber eine neue immunbiologische Reaktion zur Diagnose der Lymphogranulomatosis inguinalis), par F. Reiss. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 37, 15 septembre 1934, p. 1203, 1 fig.

Il est certain que le sérum des convalescents de lymphogranulomatose inguinale contient des anticorps entre le 3e et le 6e mois ; il est probable que ces anticorps existent dès la 2e-3e semaine. R. a voulu le vérifier et il a injecté dans le derme : une solution salée phéniquée à 0,5 o/o, du sérum de malade phéniqué à 0,5 o/o, de l'antigène de Frei, et de l'antigène de Frei + sérum. La réaction a été nette avec les trois dernières solutions, plus forte avec le mélange antigène-sérum.

L. Chatellier.

Y a-t-il un rapport entre l'épreuve du lambeau de Jadassohn-Bloch et la fièvre et la sudation ? (Besteht eine Abhangigkeit des Ausfalls der Haut lappehenprobe nach Jadassohn-Bloch von Fieber und Schweiss), par W. Engelhardt et W. Mahler. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 87, 15 septembre 1934, p. 1205.

Sur 50 fébricitants, l'épreuve du lambeau avec 14 substances différentes (par exemple formol, acide lactique, soude, teinture d'iode, goudron de houille, NaCl, précipité blanc, etc.), a été tentée. Les résultats ont été comparés pendant la fièvre et après la défervescence. Chez 24 malades atteints de lésions pulmonaires, R. a choisi le moment de

la crise sudorale. La fièvre semble accroître le pouvoir de réaction de la peau, sans qu'on puisse parler d'une sensibilité spécifique. Une sudation intense sans fièvre ne modifie guère les résultats de l'épreuve, ce qui n'enlève pas la valeur aux épreuves effectuées chez les travailleurs dont le métier s'accompagne de sueurs abondantes.

L. Chatellier.

Sensibilisation épidermique locale à la tuberculine grâce à une injection intradermique préalable de tuberculine et contribution à la spécificité de la réaction à la tuberculine (Lokale epikutane Tuberkulinsensibilisierung durch vorangehende i.-d.-Tuberkulininjektion nebst Beitrag zur Spezifizität der Tuberkulinreaktion), par H. Hruszek. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 37, 15 septembre 1934, p. 1209, 2 fig.

Chez des blennorragiens indemnes de toute manifestation tuberculeuse, H. injecte dans le derme, sur un bras du compligon, sur l'autre bras de la tuberculine. Puis il applique sur les points inoculés un lambeau imbibé de tuberculine. Seules, les régions inoculées avec la tuberculine donnent une réaction eczématoïde péri-papuleuse, à condition d'abord que l'épreuve du lambeau ne soit tentée que 24 heures après l'injection et que l'intradermo-réaction soit positive, car les malades anergiques ne donnent pas de réactions épidermiques.

L. Chatellier.

Réactions allergiques des muqueuses dans leur rapport avec l'eczéma (Allergische Schleimhautreaktionen mit besonderer Berücksichtigung des Ekzems), par Käte Delbeck. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 38, 22 septembre 1934, p. 1229.

Les réactions muqueuses dans l'eczéma d'origine externe du tégument sont très rares. D. a recherché si l'on ne pourrait pas provoquer sur la muqueuse buccale des réactions allergiques. Elle a choisi pour la commodité des individus à sensibilité monovalente. L'antigène est porté en contact de la muqueuse buccale pendant 10-20 minutes. Celle-ci réagit presque toujours par de l'œdème, de la rougeur, et même par de la vésiculation. L'intensité de la réaction dépend de la durée d'application. Si les réactions muqueuses spontanées sont si rares, c'est que l'antigène vient en contact des muqueuses à trop faible concentration et pendant trop peu de temps. L. Chatellier.

Un cas de fibromatose de la peau avec transformation sarcomateuse (Ein Fall von Hautfibromatose mit sarkomatöser Umwandlung), par E. Fahr. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 39, 22 septembre 1934, p. 1231.

Observation de dermatofibrome, où l'une des récidives subit une transformation sarcomateuse (fibrosarcome avec dégénérescence myxomateuse). La malade avait été opérée en 1917 et il s'était produit plusieurs récidives traitées par la radiothérapie et des aiguilles de mésothorium. La récidive est enlevée chirurgicalement et il n'y a aucun signe de généralisation. L. Chatellier.

Tumeurs malignes multiples développées sur une acrodermatite atrophiante chronique (Multiple maligne Tumoren auf dem Boden einer Acrodermatitis atrophicans chronica), par H. Seyfert. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 38, 22 septembre 1934, p. 1234, 6 fig.

Les tumeurs malignes sur l'acrodermatite atrophiante chronique sont extraordinairement rares. S. en rapporte deux curieuses observations. Dans la première, sur la cuisse droite était développé un volumineux sarcome occupant toute la largeur de la cuisse au-dessous du pli fessier ; sur la cuisse gauche, deuxième tumeur sur la face externe ; troisième tumeur sur la jambe droite. La tumeur de la cuisse droite est enlevée chirurgicalement ; les deux autres ont subi une régression spontanée, qui aboutit à une large surface atrophique.

La deuxième observation se rapporte à une femme de 66 ans, atteinte de sclérodermie, d'acrodermatite et de diabète, chez qui se développèrent des tumeurs multiples des cuisses, de la jambe et du pied : histologiquement, épithélioma spino-cellulaire.

A noter chez les deux malades, l'existence d'une tuberculose pulmonaire et de diabète ; la symétrie des tumeurs.

L. Chatellier.

Recherches sur le psoriasis vulgaire : influence de la lumière ultra-violette sur un exanthème provoqué de psoriasis vulgaire (Untersuchungen auf dem Gebiete der Psoriasis vulgaris. I. Einfluss des ultravioletten Lichtes auf künstlich erzeugte Exantheme der Psoriasis vulgaris), par N. Maschkilleisson et A. Abramowitsch. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 38, 22 septembre 1934, p. 1240.

Sur 12 malades, les auteurs ont provoqué mécaniquement une éruption de psoriasis. Dans un premier groupe, la région irritée était soumise ensuite aux rayons ultra-violets ; dans un deuxième groupe, l'irritation était consécutive à l'irritation.

L'irradiation a paru accélérer la réaction, mais en abréger l'évolution, quand elle suit le traumatisme.

Quand elle le précède, l'éruption est au contraire plus intense, plus précoce et plus prolongée, dans les psoriasis disséminés et exsudatifs.

L. Chatellier.

Revista Argentina de Dermatosifilologia (Buenos-Ayres).

L'auto-ourothérapie dans la pratique dermatologique. Communication préliminaire (La autouroterapia en la practica dermatologica), par Osvaldo D. Dodero. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. **18**, 1re partie, août 1934, p. 15.

L'auteur apporte trois cas de prurit guéris par l'auto-ourothérapie.

J. Margarot.

Traitement des teignes par l'acétate de thallium (Tratamiento de las tiñas por el acetato de talio), par Luis E. Pierini. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. **18**, 1re partie, août 1934, p. 18.

L. E. P. a traité 220 cas de teigne, par l'acétate de thallium administré à la dose de 8 milligrammes par kilogramme de poids.

Le médicament a été parfaitement toléré ; quelques enfants ont éprouvé de légers malaises. Aucun symptôme toxique grave n'a été noté.

L'épilation a été en général excellente. Dans quelques cas elle a été incomplète mais efficace. La méthode a donné six échecs. Trois récidives ont été observées.

L'auteur conclut que l'acétate de thallium prudemment manié n'offre pas de dangers plus grands que les autres médications. Il présente sur les rayons X l'avantage de n'exiger ni instrumentation, ni personnel spécialisés.

Une fois l'épilation effectuée, on procède comme s'il s'agissait d'une épidermomycose de la peau glabre : toutes les nuits le cuir chevelu est recouvert d'un mélange d'huile de cade, de lanoline et de vaseline par parties égales. On ajoute 1 o/o d'acide salicylique s'il s'agit d'une teigne trichophytique.

Le traitement par l'acétate de thallium présente en outre l'avantage de pouvoir être fait chez des enfants de moins de 3 ans, sans qu'il y ait à redouter une action fâcheuse sur les os du crâne.

J. Margarot.

Lésions cutanéo-muqueuses généralisées par la Monilia albicans (Lesiones cutaneomucosas generalizadas por mycotrula (monilia) albicans), par Luis E Pierini et Pablo Negroni. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. 18, 1re partie, août 1934, p. 38, 7 fig.

Une enfant de 7 ans présente sur toutes ses muqueuses depuis l'âge de 6 mois des dépôts crémeux dus à la *Monilia albicans*. A deux reprises, le parasite a envahi la peau. La poussée actuelle atteint la face, le cuir chevelu, les espaces interdigitaux, l'ombilic, la région péri-vulvaire, les creux poplités, le sillon interfessier.

Les lésions des plis présentent les caractères de l' « intertrigo blastomycétique ». Sur les autres régions, les éléments cutanés revêtent la forme d'une parakératose psoriasiforme et répondent vraisemblablement à des manifestations allergiques en rapport avec la résorption de produits élaborés par la *Monilia albicans*. J. Margarot.

Myase furonculeuse « Ura » (Miasis foruncolosa « ura »), par José J. Puente. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t 18, 1re partie, août 1934, p. 44, 4 fig.

Chez les bovidés, l'affection se présente sous la forme de tuméfactions hémisphériques de 2 centimètres et demi de diamètre siégeant sur les lombes. Chez l'homme, les lésions occupent surtout la poitrine et les jambes. On les trouve sur la tête chez les enfants.

La petite grosseur, entourée d'un halo, offre à son sommet un orifice circulaire dans lequel on aperçoit l'extrémité postérieure du parasite et une goutte de liquide clair ou jaunâtre.

Une douleur térébrante l'accompagne.

La lésion augmente de volume lentement et progressivement. On peut, en la comprimant fortement, exprimer le contenu du sac en donnant issue à la larve et à un peu de pus.

L'affection est causée par la *Dermatobia Hominis*. La mouche dépose ses œufs sur les parois latérales de l'abdomen d'insectes qui se posent habituellement sur des animaux à sang chaud. Les œufs donnent des larves au bout d'une semaine. Transportée sur un bœuf ou sur un homme par l'insecte qui la véhicule, la larve abandonne son hôte provisoire et pénètre dans la peau du vertébré.

Au bout de 50 jours, elle sort, se frayant un passage à travers l'orifice, se transforme en nymphe et continue son évolution dans le sol jusqu'à sa transformation en insecte adulte. J. MARGAROT.

Sarcoïdes cutanées multiples bénignes (Maladie de Bœck ; lymphogranulomatose bénigne de Schaumann) (Sarcoïdes cutaneos multiples benignos (enfermedad de Bœck ; Linfogranulomatosis benigna de Schaumann)), par Marcial I. QUIROGA et Pablo BOSQ. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. **18**, 1re partie, août 1934, p. 51, 11 fig.

Une malade présente depuis deux ans des sarcoïdes cutanées multiples bénignes, dont le diagnostic clinique est confirmé par l'examen histologique.

Le foie et la rate sont augmentés de volume. Les radiographies mettent en évidence des lésions pulmonaires et sur les mains des altérations d'ostéite tuberculeuse multiple kystique « de Junghing ».

Ni les antécédents, ni les réactions sérologiques ne permettent de penser à une étiologie syphilitique.

Les réactions à la tuberculine, la recherche du bacille de Koch sur les coupes, l'inoculation au cobaye sont également négatives.

J. MARGAROT.

Syphilis et traumatisme, un cas clinique (Sifilis y traumatismo, un caso clinico), par Pedro L. BALINA. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. **18**, 1re partie, août 1934, p. 73, 1 fig.

Chez un malade porteur de syphilides secondaires, on trouve une plaque résultant de l'agglomération et de la fusion de papules squameuses sur la cicatrice d'une plaie contuse du genou.

J. MARGAROT.

Toxicodermie chez un malade atteint de syphilis secondaire. Anergie cutanée circonscrite périlésionnelle (Toxicodermia en un sifilitico secundario. Anergia cutanea circunscrita perilesional), par Pedro L. BALINA. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. **18**, 1re partie, août 1934, p. 76, 1 fig.

Un malade reçoit 9 gr. 60 de néosalvarsan et 15 injections d'iodobismuthate de quinine pour une éruption intense de syphilides lenticulaires et nummulaires, suintantes et persistantes. Elles guérissent et font place à des macules pigmentaires très foncées.

Une érythrodermie vésiculo-œdémateuse se développe, mais respecte pendant quelque temps les îlots hyperchromiques répondant aux éléments cicatrisés. J. Margarot.

Luxation du pouce à volonté, stigmate d'hérédo-syphilis (Luxacion del dedo pulgar, a voluntad, como estigma heredosifilitico), par Pedro L. Balina. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. **18**, 1re partie, août 1934, p. 80, 3 fig.

Dans des communications antérieures, P. B. a pu rattacher un *cubitus valgus* et une hyperlaxité articulaire à la syphilis congénitale. Une laxité analogue permettant une luxation du pouce à volonté coexiste assez souvent avec diverses malformations imputables à l'hérédo-syphilis et acquiert de ce chef la valeur clinique d'un stigmate de cette affection. J. Margarot.

Valeur clinique des réactions sérologiques de la syphilis (Valor clinico de las reacciones serologicas par sifilis), par José Luis Carrera. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. **18**, 1re partie, août 1934, p. 87.

Pendant la période primaire, la réaction de Sordelli est plus précoce que la réaction standard de Kahn et parfois aussi que la réaction présomptive. Cette dernière ne permet aucune conclusion lorsqu'elle existe seule à ce moment.

Au cours de la période secondaire, dans les cas très rares où la réaction de Kahn est négative, celle de Sordelli est positive.

Celle-ci compte également un plus grand nombre de résultats positifs dans l'hérédo-syphilis et dans la syphilis nerveuse et, sauf dans la lèpre, ne donne pas de fausses positivités.

Une réaction positive de Kahn chez un syphilitique traité indique une intensification du traitement.

La négativité des trois réactions chez un sujet qui n'a jamais été traité permet d'éliminer presque à coup sûr le diagnostic de syphilis dans un cas douteux. J. Margarot.

Le liquide céphalo-rachidien des malades ayant une séroréaction irréductible (El liquido cefalorraquideo en los enfermos con serorreaccion irreductible), par José Luis Carrera *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. **18**, 1re partie, août 1934, p. 104.

Onze malades sur 5.000 présentent des séro-réactions irréductibles. Chez quatre d'entre eux seulement on trouve des modifications pathologiques du liquide céphalo-rachidien. J. Margarot.

La névrite lépreuse de la branche auriculaire du plexus cervical superficiel (La neuritis leprosa de la rama auricular del plexo cervical superficial), par Guillermo Basombrio. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. **18**, 1re partie, août 1934, p. 113, 11 fig.

La branche auriculaire du plexus cervical superficiel n'est visible que chez 30 o/o des sujets normaux. Son diamètre n'excède pas un milli-

mètre. L'auteur le compare à celui de la première corde d'une guitare.
On ne peut affirmer son hypertrophie que si cette grosseur est au moins doublée et atteint celle de la sixième corde d'une guitare.

Cette augmentation de volume s'observe dans 18 o/o environ des cas de lèpre. 40 o/o des sujets chez lesquels on la constate présentent des troubles de la sensibilité dans la zone d'innervation correspondante.

La névrite de ce rameau occupe le troisième rang comme fréquence, après celle du cubital et celle du sciatique poplité externe.

Elle offre un matériel de biopsie dont le prélèvement présente moins d'inconvénients que celui de ces derniers nerfs. J. Margarot.

Revista Medica (Rosario).

Maladie de Nicolas-Favre (Enfermedad de Nicolas-Favre). *Revista Medica,* 1re année, n° 8, mai juin 1934, p. 164.

Joaquin Zeledon fait une enquête sur la maladie de Nicolas-Favre et l'étudie au point de vue de sa contagiosité et de sa distribution américaine.

Elle s'observe surtout dans les régions tropicales. Les deux foyers principaux de l'Amérique du Sud sont la Guyane et le Brésil. Au cours des dernières années, on l'a cependant signalée un peu partout et jusque dans l'Amérique Centrale. Son existence au Mexique n'est pas démontrée.

A. Saens, dans son service de l'Hôpital de San Juan de Dios, a observé de nombreux cas d'adénites surtout dans le sexe masculin. Elles répondent à l'affection antérieurement connue sous le nom de bubon tropical ou climatique et sont identiques à la maladie de Nicolas-Favre.

W. Retter signale des cas de lymphogranulomatose inguinale infantile, chez des sujets de 6 à 7 ans dans les familles desquels on trouve des adénites inguinales. L'absence de signes de tuberculose, la négativité de la réaction de Wassermann et la positivité de l'intradermoréaction de Frei permettent d'être très affirmatif en ce qui concerne le diagnostic.

D'après C. L. Picado, M. Padilla serait le premier médecin de Costa-Rica qui se serait occupé de cette affection il y a une douzaine d'années.

J. Margarot.

Wiener klinische Wochenschrift.

Sur la soi-disant précancérose (Ueber die sogenannte Präcancerose), par C. Sternberg. *Wiener klinische Wochenschrift,* année **47,** n° 36, 7 septembre 1934, p. 1081.

Il est certain que le cancer ne s'installe pas d'un coup ; le stade préliminaire est le stade précancéreux, ou précancérose. Ce terme sert surtout à désigner la maladie de Paget du mamelon et la maladie de

Bowen. Mais, pour ces affections, les avis sont partagés : nombreux sont ceux qui les considèrent comme des cancers vrais. D'autre part, on manque de critériums valables de ce stade précancéreux, et qui permettraient de le reconnaître histologiquement. On pourrait inscrire dans la précancérose un grand nombre d'affections (cicatrices de bubons, de lupus ; ulcères chroniques, fistules anciennes, etc.). Ce terme de précancérose est mal défini ; on peut redouter qu'il ne serve à retarder les traitements efficaces à condition d'être précoces, aussi vaudrait-il mieux abandonner ce mot. L. Chatellier.

Contribution à la question des « exanthèmes précoces » de la tuberculose (Beitrage zur Frage des tuberkulotischen « Fruhexanthems »), par D. von Moritz. *Wiener klinische Wochenschrift*, année 47, n° 37, 7 septembre 1934, p. 1091.

Si les exanthèmes au cours de la tuberculose de l'adulte ne sont pas inconnus, les « exanthèmes précoces » de l'enfance sont peu étudiés dans la littérature pédiatrique. C'est le mérite d'Uffenheimer d'avoir montré que, chez l'enfant, la tuberculose récente se traduit souvent par un exanthème accompagné de fièvre. Kundratitz et d'autres ont confirmé ces constatations. M. rapporte deux observations où l'exanthème revêtait, dans le premier cas, l'aspect d'un érythème circiné, plus ou moins confluent, étendu à toute la surface cutanée (tronc, visage et extrémités supérieures surtout) ; dans le second, celui d'une éruption rubéoliforme. M. attribue à ces exanthèmes une origine allergique, et il les rapproche des exanthèmes tuberculiniques. Il est probable que ces exanthèmes précoces sont plus fréquents qu'on ne l'admet en général. L. Chatellier.

Bruxelles Médical.

Le rôle des immunisations par la peau dans l'évolution et le traitement de la syphilis, par H. Gougerot. *Bruxelles Médical*, année 14, nos 45 et 46, 9 et 16 septembre 1934, pp. 1444 et 1463 (suite et fin).

Dans cette partie, G. met en évidence l'importance des grandes éruptions cutanées dans la défense et l'immunisation des syphilitiques acquis ou héréditaires. Cette étude l'amène aux conclusions suivantes : utilité de susciter chez tout syphilitique des réactions cutanées défensives intenses et prolongées, soit par des irritants chimiques, soit par des irritants physiques ; nécessité de se préoccuper du terrain syphilitique et de susciter chez ces malades des processus de défense aidant à leur immunisation.

Envisageant ensuite l'évolution de la syphilis depuis le xve siècle, sa transformation moderne en Europe et, au contraire, la conservation du type colombien en Afrique, au xxe siècle, il attribue surtout cette électivité dermotrope à l'absence de traitement qui permet à la syphilis de fleurir et de se prolonger, en l'absence de toute hygiène de la peau,

à l'extrême fréquence des traumatismes et irritations cutanées, à l'insolation.

De ces recherches, il conclut : à la nécessité de traiter les malades complètement, de leur imposer des traitements complets et répétés, et de les éduquer dans ce sens. Il faudrait, en outre, susciter par des procédés non dangereux, individuellement et socialement, cette « défense par la peau ». H. Rabeau.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

La tuberculose génitale dans la première enfance (La tuberculosis genital en la primera infancia), par Martines Vargas. *Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia*, année **10**, n° 108, septembre 1934, p. 771.

D'importants travaux ont paru sur la tuberculose génitale de la première enfance, mais il existe des discordances sur quelques points, en particulier sur la fréquence de cette localisation.

L'observation d'un enfant de 28 mois, né de parents sains et présentant une tuberculose de l'épididyme fistulisée avec orchite commençante, sert de point de départ à une étude d'ensemble. Les faits réunis par M. V. établissent que la tuberculose testiculo-épididymaire se développe au cours de la vie fœtale et dans les premières années de la vie.

Le bacille tuberculeux peut parvenir aux organes génitaux par quatre voies différentes :

1° L'épididyme est atteint par la voie sanguine ; le germe provient d'un foyer pulmonaire ou viscéral ;

2° Il se fait une infection locale directe à travers la paroi de l'urètre avec bubon tuberculeux. Ce mécanisme serait rare chez les garçons et plus fréquent chez les petites filles ;

3° Une infection prostato-séminale primitive se propage par contiguïté ;

4° Les organes génitaux sont atteints par une infection descendante réno-vésicale. J. Margarot.

Monographies Mediques (Barcelone).

La lèpre en Catalogne. Position actuelle de la lutte contre la lèpre (La lepra a Catalunya, posicio actual de la lluita contre la lepra), par Jayme Peyri. *Monografies Mediques*, ano **9**, nos 77-78, 1934, p. 5, 31 fig.

J. P. expose les résultats de son expérience personnelle relative à l'épidémiologie de la lèpre. Une intéressante statistique est complétée par d'utiles précisions sur la transmission de la maladie, la réceptivité des sujets sains, et les principaux types cliniques.

L'analyse des faits aboutit à une classification morphologique rationnelle des différentes formes.

Basées sur ces éléments, la thérapeutique et la prophylaxie apportent la conclusion logique d'un ouvrage original.

Une riche documentation iconographique ajoute à l'attrait de la lecture facile d'un livre écrit en langue catalane.

J. MARGAROT.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Les dermatophytes, classification naturelle basée sur la forme des spores et des organes accessoires (Dermatophytes, natural grouping based on the form of the spores and accessory organs), par EMMONS. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **30**, n° 3, septembre 1934, p. 337, 27 fig.

Grâce à un procédé personnel de culture sur lame, facilitant l'étude des organes de reproduction, E. établit une nouvelle classification des dermatophytes. Il n'admet que trois groupes mycologiques naturels : les *Trichophyton*, les *Epidermophyton* et les *Microsporum*. Cette classification s'accorde assez bien avec la classification clinique de Sabouraud et ne semble pas devoir créer de trop grande confusion.

S. FERNET.

International Journal of Leprosy (Chicago).

Un cas d'inoculation accidentelle du bacille de Hansen en pays non lépreux, par E. MARCHOUX. *International Journal of Leprosy*, vol. **2**, janvier-mars 1934, p. 1.

Récit d'un drame qui s'est déroulé en plein milieu hospitalier parisien.

Convoqué par le Prof. Jeanselme auprès d'un lépreux, M. pratique une biopsie d'un léprome. Au cours de cette petite opération, l'aiguille de Reverdin, légèrement épointée et poussée avec force, rencontre le doigt d'un aide, maintenant au contact les deux lèvres de la plaie. Désinfection immédiate à la teinture d'iode et cautérisation au thermocautère.

Huit ans après, l'aide, devenu médecin, présente une onyxis suppurée qui lui fait perdre définitivement les ongles de l'index et du médius. Deux ans après, on constate une anesthésie à la chaleur de ces deux doigts et peu de temps après une anesthésie à la piqûre. Une tache violacée apparaît dans le premier espace interdigital. On pratique une biopsie et l'on trouve des bacilles à l'examen direct d'un fragment écrasé fortement sur une lame (Ziehl-Nielson) et également dans les coupes.

Le drame fut interrompu par la mort inattendue du malade du fait d'une septicémie à staphylocoques consécutive à une hydronéphrose congénitale méconnue et suppurée.

Ce récit montre que l'infection accidentelle de l'homme est possible à la suite d'une blessure infectante qui présente d'autant plus de chance de fertilité qu'elle atteint le derme. Cette infection évolue lentement

et ne commence à se manifester par des accidents perceptibles que huit ou dix ans après l'inoculation. Dans le cas relaté, elle a paru être favorisée par un état de moindre résistance entretenu par des restrictions alimentaires et due surtout à des troubles ignorés et profonds qui diminuaient la vitalité des tissus. S. FERNET.

Les lésions tuberculoïdes de la lèpre (Tuberculoid changes in leprosy), par WADE. *International Journal of Leprosy*, vol. 2, n° 1, janvier-mars 1934, p. 7.

Depuis le Congrès de la Lèpre qui s'est tenu à Strasbourg en 1923, la place des lésions tuberculoïdes a été bien définie dans la symptomatologie de la lèpre. Il existe, en effet, dans la lèpre : des lésions de structure caractéristique, très riches en bacilles (lépromes, ulcères, etc.), des lésions trophiques, des taches érythémato-pigmentées anesthésiques qui ont une structure d'infiltration banale et qui contiennent des bacilles peu nombreux (léprides). A côté des léprides, il y a lieu de faire place à des lésions de structure tuberculoïde, ne contenant pas de bacilles et paraissant représenter des réactions atténuées des tissus en rapport avec un état allergique de l'organisme.

Ces lésions tuberculoïdes de la lèpre peuvent se présenter sous forme de taches érythémateuses anesthésiques ou sous forme de placards, vaguement lupoïdes, également anesthésiques ou hypoesthésiques.

W. a étudié ces lésions tuberculoïdes de la lèpre en Afrique du Sud. Il précise qu'on peut les rencontrer au cours des lèpres tuberculeuses, mais qu'il faut réserver le nom de « lèpre tuberculoïde » aux formes qui ne se manifestent que par des lésions tuberculoïdes. Jusqu'à présent, tous ces cas paraissent appartenir à la lèpre nerveuse. Il décrit longuement l'aspect clinique de ces lésions dont certaines ne peuvent être distinguées des lépromes que par l'histologie. La lésion initiale est une tache infiltrée qui s'étend et devient irrégulière. Tandis que le centre s'affaisse et pâlit, les bords deviennent turgescents, infiltrés ; leur progression centrifuge donne aux lésions un aspect marginé, circiné, serpigineux ou polycyclique. Suivant les configurations observées, W. décrit des lésions linéaires, discontinues, segmentaires, etc. Elles sont généralement plus anesthésiques que les lépromes et subissent une résolution centrale qui leur est très spéciale.

Dans aucun des cas observés par W., il n'a été trouvé de bacilles. Les foyers épithélioïdes sont quelquefois petits et peu nombreux, mais généralement la structure est hautement tuberculoïde.

S. FERNET.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Un cas de dermatite due aux oranges (A case of orange dermatitis), par Avit-Scott. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, août-septembre 1934, p. 378.

Observation d'un cas d'éruption dyshidrosiforme des mains, datant de sept ans, due au contact des oranges. Lorsque la cause de l'éruption fut connue, la malade se livra à des expériences qui montrèrent que l'éruption se produisait 7 heures après le contact nocif. L'ingestion du jus d'orange, préparé par une autre personne, était suivie uniquement d'un léger prurit des doigts tandis que le contact du jus ou du zeste d'orange produisait invariablement de l'œdème des mains et des lésions dyshidrosiques des doigts.

Ainsi se trouve démontré qu'un grand nombre de dyshidroses sont de nature mycosique, il en est qui sont de nature réactionnelle. A. S. croit avoir observé que les mycoses dyshidrosiformes ne s'accompagnent jamais d'un œdème aussi considérable que les dyshidroses réactionnelles. S. Fernet.

Archivio italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia (Bologne).

Recherches expérimentales sur le pouvoir pathogène de quelques mycètes isolés dans diverses dermatoses, par Fontana. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. **10**, fasc. 5, août 1934, p. 493, 12 fig. Bibliographie.

F. a entrepris une série de recherches pour déterminer le pouvoir pathogène, au moyen d'inoculations aux animaux de laboratoire, des champignons isolés de diverses mycoses qui ont été traitées ces derniers temps à la Clinique Universitaire de Bologne. Les champignons sur lesquels ont porté ces expériences appartenaient, les uns à la classe des Saccharomycètes : *Cryptococcus conglobatus*, *C. glutinis*, *C. ruber*, etc..., d'autres à la classe des Hyphomycètes : *Eurotium rubrum*, *Monilia Fioccoi*, *Sporotrichum flavicans*, etc... ; voies d'introduction : endocardiaque, endoveineuse, endopéritonéale, sous-cutanée et intra-articulaire. Les animaux ont été autopsiés et pour chacun d'eux on a fait l'épreuve de la rétroculture, de la rate, du sang, du matériel pathologique (pus, exsudats, etc...), des examens directs de frottis de foie, rate, sang, matériel pathologique. F. a recherché aussi si les champignons introduits dans l'organisme des animaux allaient se fixer sur la peau préalablement traumatisée au moyen de scarifications.

Les résultats de ces recherches ont été les suivants :

1° La rétroculture des souches des champignons examinés et injectés chez le lapin et le cobaye a été le plus souvent positive, même dans les cas où il n'existait que des lésions macroscopiques et microscopiques

discrètes, les rétrocultures positives se sont rencontrées plus souvent dans la rate que dans le sang.

2° Il n'est pas facile d'établir un rapport entre les lésions cliniques produites par un champignon déterminé chez l'homme et les lésions des animaux, parce qu'il n'est pas rare qu'un champignon dont la lésion clinique est bénigne se montre très virulent dans l'infection expérimentale et réciproquement.

3° Les mycètes injectés par voie hématique et intrapéritonéale chez les animaux dont la peau était scarifiée, même lorsqu'il y avait de très graves lésions internes, ne se sont pas localisés sur les points de la peau qui avaient été traumatisés. Il y a eu cependant une exception : *Hormodendron algériensis* a donné une lésion manifestement mycosique dans la peau et le tissu sous-cutané d'un cobaye injecté par voie hématique. BELGODERE.

Considérations sur quelques cas de syphilis anormale (Contribution statistico-clinique), par PISACANE. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. **10**, fasc. 5, août 1934, p. 524, 5 fig.

L'auteur expose quelques considérations sur les modifications de la physionomie de la syphilis dans la période actuelle. De divers côtés, on a signalé non seulement une légère recrudescence de la syphilis, se manifestant après un fléchissement qui avait donné des espoirs fallacieux de disparition totale, mais en outre, des accidents d'aspect insolite qui s'écartent plus ou moins des données classiques. C'est sur ce dernier point que l'attention de P. s'est portée et il signale un certain nombre de cas de syphilis anormale.

1° Un cas d'accident primaire de la région inguinale dont l'aspect était celui d'une lésion nettement *végétante*, qui en rendait le diagnostic fort délicat ; cette évolution particulière semblait avoir été favorisée par des applications irritantes intempestives.

2° Une gomme de l'hypocondre droit chez une femme de 50 ans ; grandes difficultés de diagnostic, surtout avec la tuberculose osseuse.

3° Une lésion de la tempe chez un homme de 34 ans, constituée par un élément arrondi de 2 à 3 centimètres de diamètre, rouge sombre, avec une zone centrale légèrement atrophique, et une zone périphérique annulaire infiltrée. On pouvait penser à un lupus vulgaire, à un lichen plan, à un granulome annulaire, à une sarcoïde annulaire centrifuge atrophique, enfin à un syphiloderme. Mais le malade avait eu la syphilis, les réactions sérologiques étaient positives, enfin le traitement spécifique amena facilement la guérison.

4° Lésion du bras, chez un spécifique récent, ayant tout à fait l'aspect d'une lésion tertiaire, alors que, sous l'influence des traitements précédents, les réactions sérologiques étaient négatives. Le traitement spécifique amena la guérison et en même temps réactiva le Bordet-Wassermann. Il s'agit en somme d'un cas qui rappelait, par l'aspect de la lésion, la syphilis maligne précoce. A ce propos, P. rappelle les

discussions qui se sont élevées sur la nature et les causes de la syphilis maligne précoce : virulence spéciale du germe, mauvais état général du sujet, etc... Son malade était vigoureux et son état général satisfaisant, la femme qui l'avait contaminé et sa propre femme qu'il avait contaminée avaient eu toutes deux des syphilis normales. P. croit donc pouvoir en conclure que la syphilis maligne précoce est due surtout à une prédisposition individuelle, à un terrain spécial.

5° Cas d'ulcération gommeuse de la caroncule lacrymale et de l'extrémité interne des deux paupières.

Dans ces cas difficiles, le diagnostic fut basé sur les antécédents, sur les réactions sérologiques, les cuti-réactions à la tuberculine, les intradermo-réactions au Dmelcos. Par le seul aspect clinique, le diagnostic aurait été impossible. BELGODERE.

Sur les altérations du liquide céphalo-rachidien dans l'alopécie en aires, par Alberto MIDANA. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia,* vol. **10**, fasc. 5, août 1934, p. 539. Bibliographie.

L'auteur rappelle les discussions et les théories auxquelles a donné lieu la pathogénie de la pelade : théorie parasitaire, théorie trophonévrotique. Cette dernière a pris un aspect nouveau à la suite des travaux de Lévy-Fraenckel et Juster, qui ont distingué les alopécies émotives (sans incubation) et les alopécies traumatiques (avec incubation parfois prolongée).

Enfin, dans ces dernières années, on a tendu à faire jouer un rôle important aux glandes endocrines dont l'influence sur le système nerveux est bien connue. Cette nouvelle conception n'exclut pas l'ancienne et il est probable que la pelade est due à un mécanisme neuro-endocrinien. Elle apparaît ainsi, non plus comme une maladie, mais comme un syndrome, que peuvent déterminer toutes les causes, médicales ou chirurgicales, capables d'influencer les glandes endocrines ou le système nerveux sympathique, et pouvant être favorisé par l'intervention de facteurs héréditaires, notamment par l'hérédo-syphilis.

Dans ces conditions, il était logique de chercher à mettre en évidence la comparticipation du système nerveux par l'étude des altérations du liquide céphalo-rachidien dans la pelade.

L'auteur fait une étude générale des diverses réactions utilisées pour l'étude du liquide et donne des indications techniques sur le plan et l'exécution de ses recherches.

Voici quels en ont été les résultats : 18 sujets ont été examinés ; ce nombre restreint pour une affection aussi commune s'explique par la difficulté de faire accepter la ponction lombaire.

La *réaction de Pandy* s'est montrée légèrement positive seulement dans un cas ; négative dans tous les autres.

La *réaction de Nonne* a été négative dans tous les cas.

La *réaction de Weichbrodt* a été : dans 7 cas *fortement positive*, dans 3 légèrement positive, dans 8 cas négative.

La *réaction de Boltz* : 8 fois négative, 8 fois légèrement positive, 2 fois fortement positive (la réaction de Boltz, moins connue, utilise comme réactif l'acide sulfurique et serait due, d'après son auteur, à une substance non thermolabile, qui précipite avec les globulines, et qui se trouverait dans le liquide céphalo-rachidien toutes les fois qu'il existe un processus dégénératif ou destructif du système nerveux).

L'*albumine* a montré une valeur supérieure à la normale dans la majorité des cas ; seulement 6 fois les taux étaient dans les limites normales de 10 à 20 centigrammes. Pour tous les autres cas, ce taux variait de 0,30 à 0,48.

Cellules : dans 3 cas il y avait plus de 2 éléments cellulaires.

Mastic : pas de résultats nets, mais quelques floculations suspectes.

Les réactions de Bordet-Wassermann, Meinicke et Sachs, étaient toutes négatives, les sujets ayant d'ailleurs été choisis parmi ceux chez lesquels rien ne pouvait faire suspecter la syphilis.

En somme, ces recherches ont mis en évidence un certain parallélisme des diverses réactions effectuées. La fréquence de la positivité de la réaction de Weichbrodt mérite une attention particulière, car on admet que cette réaction décèle la présence dans le liquide céphalo-rachidien de globulines d'origine parenchymateuse. Les recherches effectuées par M. semblent donc bien avoir démontré que, dans certains cas de pelade, il existe une certaine altération réellement de type organique du système nerveux central. Il est difficile d'indiquer, même sous forme d'hypothèse, quels sont la nature et le siège de ces lésions, mais les altérations du liquide céphalo-rachidien qui ont été rencontrées, à des degrés divers dans une proportion de 60 à 70 o/o des cas étudiés, ne permet guère d'en douter. Ces altérations sont du type de celles que l'on observe dans les lésions inflammatoires du système nerveux central. Il est vrai que, dans certains cas, ces altérations faisaient défaut. M. pense qu'alors, il s'agissait simplement de troubles fonctionnels du système nerveux, capables néanmoins de provoquer la dermatose, mais ne pouvant bien entendu donner lieu à des altérations du liquide céphalo-rachidien. BELGODERE.

Epithélioma spino-cellulaire développé sur une cicatrice de brûlure, par Giovanni RIVELLONI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. **10**, fasc. 5, août 1934, p. 556, 2 fig. Bibliographie.

La prédisposition des cicatrices de toute nature au cancer est un fait bien établi et admis par tous, même si on n'accepte pas l'absolutisme de Lumière ; et parmi les cicatrices, celles des brûlures sont le plus souvent le siège de cette complication. L'auteur fait l'historique de la question et rapporte les différentes pathogénies qui ont été proposées pour expliquer cette prédisposition.

Il expose ensuite un cas personnel : homme de 32 ans, qui avait été atteint, à l'âge de 3 ans, d'une vaste brûlure du visage et de la main.

Un jour, il se blessa à la main droite avec un éclat de bois : la plaie, au lieu de guérir, persista, devint atone et il se développa une masse mamelonnée végétante, dont le développement semble avoir été favorisé par des applications intempestives irritantes. L'aspect de cette lésion éveillait nettement le soupçon de cancer, qui fut confirmé par l'examen histologique : il s'agissait d'un épithélioma spino-cellulaire, à tendance cornéifiante. Ce cancer se montra très rebelle aux différents traitements : la diathermo-coagulation fut suivie de récidive, le radium se montra inefficace, on dut finalement proposer l'amputation.

L'intérêt de cette observation réside surtout dans l'apparition du cancer à la suite d'un trauma *unique* sur la cicatrice ancienne, alors que d'habitude une semblable évolution est plutôt la conséquence de traumatismes répétés. Le traumatisme a-t-il précipité l'évolution d'un état précancéreux ? Ou bien, a-t-il aggravé l'évolution d'un cancer qui, en réalité, existait déjà à l'état latent ? Ou bien existait-il, chez le malade, une condition particulière, une prédisposition à la formation de la tumeur, si bien que celle-ci aurait pu se développer à la suite du trauma sur n'importe quel point du corps, aussi bien que sur la cicatrice ancienne ? Ou bien est-ce que ce sont les applications thérapeutiques irritantes qui ont été la cause de la transformation néoplasique ? L'auteur discute ces différentes hypothèses. BELGODERE.

Réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien des luétiques dans les diverses périodes d'évolution de la syphilis et dans ses formes nerveuses, par Antonio GINELLA. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. **10**, fasc. 5, août 1934, p. 566. Bibliographie.

Après avoir traité de la syphilis nerveuse en général, et fait l'exposé des diverses théories sur son étiologie et sa pathogénie, l'auteur étudie les réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien. Il examine les différents procédés de recherche employés en clinique et les connaissances récentes sur ce point.

Il passe ensuite à l'exposé de ses recherches personnelles effectuées sur 56 cas dont 53 appartenaient à des sujets luétiques. D'après ces expériences, il est apparu que des altérations du liquide céphalo-rachidien peuvent apparaître à n'importe quelle période de l'infection luétique, sans que l'on doive pour cela parler de syphilis du névraxe.

Les altérations les plus précoces et les plus fréquentes sont l'altération de la pression et du contenu en albumine-globuline, accompagnée de réactions cytologiques ; dans les formes plus accentuées, sont présentes les réactions colloïdales (or colloïdal, benjoin, mastic, Meinicke, Taka-Ara). Toutes ces réactions, lorsqu'elles apparaissent seules ou en partie associées, tendent à indiquer une inflammation plus ou moins intense du névraxe. Exception faite pour quelques cas de neuro-syphilis, de tabès en période de rémission, et pour quelques autres formes de syphilis nerveuse influencées par le traitement, dans lesquelles la

réaction de Bordet-Wassermann peut être négative, il est indispensable, dans toutes les autres formes, pour pouvoir poser le diagnostic spécifique d'affection syphilitique, de constater une réaction de Bordet-Wassermann positive ; on peut en effet admettre comme établi que cette réaction est toujours présente dans le liquide céphalo-rachidien quand il existe un processus actif de syphilis du névraxe et il faut attribuer à cette réaction la plus grande valeur.

Les réactions colloïdales au moyen de leurs courbes sont aussi d'un grand secours et doivent être considérées comme douées d'une sensibilité particulière pour le diagnostic de la localisation du processus luétique, pourvu cependant qu'il y ait coexistence de la positivité de la réaction de Bordet-Wassermann.

Dans ses recherches, l'auteur a obtenu :

Dans les cas de syphilis primaire : un petit nombre de réactions positives incomplètes, indice léger de réaction et de perméabilité méningée.

Dans la syphilis secondaire : altérations plus fréquentes et plus nettes qui doivent être considérées également comme l'indice d'une plus forte réaction méningée en rapport avec l'état septicémique.

Dans la syphilis tertiaire : un petit nombre de cas avec une faible réaction et de peu de valeur.

Dans la syphilis latente tardive : réactions de peu d'importance et sans valeur séméiologique.

Dans la syphilis tardive avec des signes cliniques nerveux légers : proportion plus forte de réactions, indice d'une irritation méningée ou d'une inflammation de la substance nerveuse.

Dans les affections syphilitiques du système nerveux (syphilis cérébro-spinale, tabès, paralysie générale), la série des altérations chimiques et cytologiques du liquide particulières à ces formes, apparaît de la manière la plus évidente ; les courbes syphilitiques des réactions colloïdales sont également nettes, ainsi que le comportement particulier de la réaction de Bordet-Wassermann. Surtout dans la paralysie générale, dans la syphilis cérébro-spinale et dans le tabès, on put constater, en rapport avec le stade de la maladie (rémission) la négativité de quelques réactions (Bordet-Wassermann et réactions colloïdales) ce qui d'ailleurs a été aussi observé par la plupart des autres expérimentateurs.

Belgodere.

Il Dermosifilografo (Turin).

Observations sur la réaction de déviation du complément dans la blennorragie, par Boncinelli. *Il Dermosifilografo*, année 9, n° 9, septembre 1934, p. 473. Bibliographie.

L'auteur a effectué la réaction de déviation du complément avec anti-

gène gonococcique sur 243 sujets, avec un total de 280 réactions. Un groupe comprenait des sujets sûrement gonococciques, un autre des sujets indemnes de blennorragie, un troisième des sujets atteints d'affections cliniquement gonococciques, enfin un quatrième groupe des sujets luétiques porteurs ou non d'infection blennorragique.

Dans le premier groupe, la positivité globale de la gono-réaction a été de 77 o/o, dont 56 o/o pour les formes gonococciques simples et 89,7 o/o pour les formes gonococciques compliquées. Mais cette proportion a même atteint 100 o/o pour les épididymites, annexites, bartholinites. Chez des sujets qui avaient eu antérieurement une blennorragie, mais qui au moment de l'examen paraissaient guéris, la gono-réaction se montra positive dans 2 cas sur 8. Chez 17 sujets, pour lesquels la blennorragie apparaissait évidente d'après les symptômes ou l'anamnèse mais n'était pas démontrée bactériologiquement, la gono-réaction donna 13 résultats positifs, soit une proportion de 76 o/o.

Dans le deuxième groupe, celui des sujets non blennorragiques, la gono-réaction se montra négative, sauf dans 4 cas (5 o/o) ; il s'agissait pour ces 4 exceptions de 2 chancres mous, d'un rhumatisme chronique, et d'une accouchée normale.

La gono-réaction appliquée à un groupe de 50 luétiques à réaction de Bordet-Wassermann positive ou négative, avec blennorragie ou non, permit de constater que la syphilis, sérologiquement active ou muette, ne semble pas pouvoir par elle-même être une cause de gono-réactions positives en l'absence d'infection gonococcique. Dans les cas où il y avait coexistence de syphilis et de blennorragie, la gono-réaction se montra positive beaucoup plus fréquemment lorsque la réaction de Bordet-Wassermann était négative que lorsqu'elle était positive, et cela, la localisation du gonocoque étant la même. Ce fait semble bien démontrer que la réaction de Bordet-Wassermann n'influence pas la gono-réaction dans le sens de la positivité et peut faire même penser à une influence inverse, c'est-à-dire inhibitrice des sérums Bordet-Wassermann positifs sur la gono-réaction.

La conclusion générale que l'on peut tirer de ces 243 cas est tout à fait favorable. Le pourcentage de 90 o/o de résultats positifs dans les formes blennorragiques compliquées montre la sensibilité de la gono-réaction, et le pourcentage faible de 5 o/o de résultats positifs dans les formes non blennorragiques en montre la spécificité. En outre, dans de nombreux cas, la preuve sérologique a donné une réponse rapide et sûre, tandis que la recherche microscopique a exigé de nombreux et patients examens.

Ces recherches permettent donc de penser que la gono-réaction, dans certains cas déterminés, pourra être appliquée avec fruit pour la pratique du diagnostic, surtout si des travaux ultérieurs parviennent à déterminer plus exactement les conditions d'aspécificité de la réaction elle-même.

BELGODERE.

La réaction de Weltmann en Dermatologie, par Alberto MIDANA et DESSE. Rita LEONE. *Il Dermosifilografo*, année 9, n° 9, septembre 1934, p. 494. Bibliographie.

Cette réaction est basée sur la coagulabilité du sérum du sang par la chaleur ; quand il est très dilué, il ne se coagule plus, à moins qu'il ne se trouve en présence de certains électrolytes et que ceux-ci dépassent une certaine proportion, dite « seuil électrolytique ». Quand l'électrolyte est représenté par NaCl, il n'y a pas de seuil, la coagulation du sérum dilué se produit en toutes proportions. Si l'électrolyte est CaCl, la coagulation se produit seulement à une certaine concentration : au-dessous de ce point, elle tend à diminuer, puis à s'annuler. Dans une série de concentrations de CaCl, de 1 à 0,1 o/oo, la coagulation, pour les sérums normaux, advient pour les dilutions de 1 à 0,5 o/oo, c'est cette dernière dilution de 0,5 qui est donc le « seuil électrolytique ». La déviation de la normale peut consister dans un déplacement du seuil vers la gauche ou vers la droite, c'est-à-dire, dans un allongement ou une diminution de la zone de coagulation.

Des recherches faites par différents auteurs ont montré que, dans certains groupes de maladies il se produit un déplacement du seuil vers la gauche et dans d'autres, au contraire, vers la droite. Les raisons de ce fait sont du reste mal connues : modifications des fractions protéiques du sérum ? Variation du taux du fibrinogène ? Modification de l'équilibre électrolytique ou colloïdal ? etc... On ne peut que faire des hypothèses. Néanmoins, il est certain que la réaction est bien liée aux protéines.

Les recherches faites jusqu'ici sur les maladies générales ont montré que la réaction accompagne un groupe de maladies à tendance anatomique à l'exsudation ou à la sclérose ; les déplacements à gauche sont liés à des processus exsudatifs, ceux à droite à des processus de sclérose.

Les auteurs ont voulu vérifier comment se comportait la réaction de Weltmann dans les affections dermatologiques. Leurs recherches ont montré qu'elle reflète bien les caractéristiques cliniques de la dermatose. Particulièrement évident à ce point de vue, son comportement dans l'eczéma et dans le psoriasis : dans l'eczéma avec exsudation abondante de liquide, déplacement vers la gauche ; dans le psoriasis, dermatose à type infiltratif, déplacement vers la droite, c'est-à-dire comportement analogue à ce que l'on constate dans les processus exsudatifs ou productifs des organes internes.

L'élévation du seuil s'est montrée plus constante que l'abaissement en ce que la première a été observée d'une manière régulière dans toutes les dermatoses examinées qui s'accompagnaient d'exsudation de sérosité : eczéma humide, dermatite herpétiforme, ulcérations étendues dans un cas de mycosis fongoïde. Le déplacement vers la droite est moins constant, car, s'il s'est manifesté dans la majeure partie des cas de

psoriasis, il a fait défaut dans toute une autre série de lésions cutanées, telles que les syphilodermes secondaires papuleux, pour des raisons qui échappent.

Ces données, telles qu'elles résultent des recherches exposées ci-dessus, permettent de penser que la séro-coagulation peut trouver dans la dermatologie un champ d'applications pratiques, de même que dans les maladies internes. BELGODERE.

Cas de contagion luétique par une femme indemne de manifestations spécifiques et avec réactions sérologiques négatives, par TAMPONI. *Il Dermosifilografo,* année 9, n° 9, septembre 1934, p. 504. Bibliographie.

On ne croit plus aujourd'hui que la condition nécessaire pour la contagion syphilitique soit la présence d'accidents, ou tout au moins la présence d'une réaction de Bordet-Wassermann positive. Il en est sans doute ainsi dans la majeure partie des cas. Mais d'autres cas assez nombreux, bien observés, ont montré que la contagion pouvait s'exercer même en l'absence de toute manifestation d'activité de la maladie, et même si les réactions sérologiques sont négatives. Dans ces cas du reste, la pathogénie est assez obscure et il faut souhaiter que tous les cas semblables soient signalés, afin que l'on parvienne à élucider les conditions de la contagion.

T. rapporte un cas, observé chez un jeune confrère, qui eut un accident primaire à la suite d'un rapport dans une maison de tolérance, alors qu'un de ses amis, qui lui avait succédé presque aussitôt dans les faveurs de la partenaire, était resté indemne. Or, cette femme, qui avait eu la syphilis 6 ans auparavant, avait été rigoureusement soignée, ses réactions sérologiques avaient été depuis longtemps négatives, elle était soumise à des visites régulières et rapprochées et l'on n'avait jamais constaté chez elle aucun accident. Examinée de nouveau après cette contamination, cet examen se montra encore complètement négatif. T. examine les différentes hypothèses possibles :

1° Persistance, le long du canal génital, de reliquats de syphilomes ou de lésions papuleuses, qui auraient été la source de la contagion.

2° Syphilis latente avec réactions sérologiques négatives, la contagion provenant des sécrétions utérines, qui peuvent contenir des tréponèmes, comme cela a été démontré.

3° Coït antérieur avec un ancien syphilitique mal soigné et porteur de germes, qui aurait déposé dans le vagin de la femme des tréponèmes, qui peuvent y survivre un certain temps, comme cela a été démontré par diverses expériences, surtout si les sécrétions vaginales deviennent alcalines au lieu d'être acides comme à l'état normal.

4° Coït antérieur avec un syphilitique récent, porteur d'accidents primaires ou d'accidents secondaires.

T. discute ces diverses hypothèses et conclut que c'est la dernière qui lui paraît la plus vraisemblable. Il fait ressortir l'importance de ces cas au point de vue de la prophylaxie. BELGODERE.

Contribution à l'étude des phénomènes allergiques cutanés dans l'ulcère vénérien (Note I : Sur les variations de l'état allergique chez les malades atteints de chancre mou, en rapport avec le traitement vaccinique), par Felice Brunetti et Giacomo Serra. *Il Dermosifilografo*, année 9, n° 9, septembre 1934, p. 513. Bibliographie.

Les auteurs ont effectué des recherches sur 6 malades qui étaient ou avaient été atteints de chancres mous, afin d'étudier les variations de l'état allergique de la peau en relation avec la vaccinothérapie. Les avis sur ce point sont partagés : la plupart admettent que le Dmelcos amène progressivement une diminution de l'état allergique, et même une désensibilisation. D'autres ont constaté, au contraire, au lieu d'une atténuation, une véritable exaltation de la sensibilité cutanée.

Les recherches faites par les auteurs ont donné les résultats suivants :

1° Les injections, soit endoveineuses, soit intramusculaires, de Dmelcos, conduisent à une désensibilisation graduelle de la peau vis-à-vis du vaccin streptobacillaire.

2° Cet état d'anergie se manifeste d'habitude graduellement, mais parfois aussi brusquement, après un nombre d'injections de vaccin variable suivant les sujets ; cependant, en général, il suffit de peu d'injections pour le provoquer.

3° Exceptionnellement, à condition que la réactivité de la peau soit faible avant le début de la vaccinothérapie, on peut assister à une augmentation de la positivité de l'intradermo-réaction à la suite de la première injection de vaccin.

4° L'état anergique dû au traitement vaccinique n'a pas le caractère d'une anergie permanente définitive, mais, au contraire, de durée relativement courte ; en effet, le plus souvent à distance d'un mois de la fin du traitement, et souvent avant, rarement plus tard, la peau revient à sa réactivité initiale et l'intradermo-réaction au Dmelcos redevient intensément positive.

5° L'allergie cutanée vis-à-vis de l'allergène spécifique non seulement se maintient comme on sait, à distance de nombreuses années de l'infection, mais elle persiste aussi chez les sujets qui, durant la maladie, ont été soumis au traitement vaccinique.

6° Ces résultats obtenus par les auteurs concordent, dans leur ensemble, avec ceux qu'ont obtenus Lortat-Jacob, Nicolas et Lacassagne, Hudelo et Garnier, Teissier, Reilly et Rivalier, Tixier et Bize, Cacciopo.

Belgodere.

Przeglad Dermatologiczny (Varsovie).

Des modifications pathologiques du liquide céphalo-rachidien au cours des périodes tardives de la syphilis, en particulier au cours du tertiarisme, par Hirsch. *Przeglad Dermatologiczny*, vol. 29, n° 3, septembre 1934, p. 338.

H. a examiné le liquide céphalo-rachidien de 95 malades présentant

des manifestations de syphilis tertiaire, gommes ou syphilides tuberculeuses, ou des manifestations cutanées de syphilis héréditaire tardive.

Des modifications pathologiques cyto- ou sérologiques ont été constatées dans 20 o/o des cas de syphilides tuberculeuses, dans 25 o/o des cas de gommes et d'ostéo-périostite, dans 45 o/o des cas de syphilis héréditaire tardive.

C'est donc au cours des syphilides tertiaires cutanées que le liquide céphalo-rachidien est le moins souvent modifié. Ce procédé d'étude donne confirmation au soi-disant antagonisme entre la syphilis cutanée et celle du système nerveux. S. Fernet.

Essais de traitement du lupus vulgaire par le régime déchloruré renforcé par des injections de Salyrgan, par Mienicki. *Przeglad Dermatologiczny*, vol. 29, n° 4, septembre 1934, p. 346.

Le régime de Gerson paraît agir par déshydratation des tissus tuberculeux qui sont riches en chlorure de sodium. M. a pensé qu'il pourrait augmenter l'élimination des chlorures en renforçant le régime déchloruré par des injections d'un diurétique mercuriel (Salyrgan ou Neptal) qui, en augmentant la perméabilité rénale aux chlorures, rend les tissus inaptes à fixer l'eau.

Quatre cas de lupus vulgaire furent ainsi traités avec des résultats très remarquables. Dans un cas de lupus du nez et de la voûte palatine, les lésions muqueuses se sont cicatrisées totalement sans aucun traitement local. S. Fernet.

Les lésions osseuses au cours des pyodermites chroniques, par Glaubersohn. *Przeglad Dermatologiczny*, vol. 29, n° 4, septembre 1934, p. 354.

Observation d'un cas de pyodermite ulcéreuse des jambes évoluant depuis 15 mois et s'accompagnant d'une ostéo-périostite sous-jacente, révélée par la radiographie.

G. donne à cette ostéo-périostite le nom d'ostéopathie pyogénique.

S. Fernet.

De l'épidermomycose de Kaufmann-Wolf à propos d'un cas compliqué de lésions unguéales, par Rosner. *Przeglad Dermatologiczny*, vol. 29, n° 5, septembre 1934, p. 363.

L'épidermophytie de Kaufmann-Wolf paraît être relativement fréquente en Pologne puisqu'elle représente 20 o/o des mycoses, alors que l'épidermophytie de Sabouraud n'est rencontrée que dans 2 ou 3 o/o des cas.

L'épidermophyton de Kaufmann-Wolf se localise de préférence aux bords de la plante des pieds, aux chevilles, aux espaces interdigitaux et donne lieu à des éruptions du type dyshidrosique, squameux ou intertrigineux. Il abonde surtout dans la poussière humide des parquets et des paillassons des établissements de bains et des piscines où on le contracte en marchant pieds nus.

On décèle le parasite beaucoup plus facilement dans les lésions des

pieds que dans celles des mains, ce qui a amené certains auteurs à interpréter les lésions des mains comme des épidermophytides non habitées. Il semble plutôt que les lavages fréquents et l'exposition constante à l'air libre sont moins propices au développement du parasite sur les mains et qu'il s'y trouve en moins grande abondance qu'aux pieds.

R. cite l'observation d'un homme qui présentait une éruption dyshidrosiforme et des lésions unguéales dues à l'épidermophyton de Kaufmann-Wolf. Les ongles étaient ternes, friables, cassants ; une partie du lit de l'ongle dénudée était recouverte d'un enduit sale, de squames et de croûtes.

Les lésions de ce malade, qui était syphilitique, ont guéri sans aucun traitement local, sous l'influence des injections de novarsénobenzol et de bismuth qui lui furent faites. S. Fernet.

Recueil des travaux de l'Institut Dermato-Vénéréologique de la Russie-Blanche soviétique (Minsk).

La tension superficielle des urines chez les malades vénériens et cutanés, par A. J. Prokoptchouk, J. Kryvonosowa et M. Froumann. *Recueil des travaux de l'Institut Dermato-Vénéréologique de la Russie-Blanche soviétique,* 1934, fasc. 1, pp 66-69.

Les auteurs ont étudié la tension superficielle des urines et du sérum sanguin chez 709 malades hospitalisés pour diverses maladies cutanées et vénériennes qui se répartissent ainsi : blennorragie chronique 202, blennoragie aiguë 176, syphilis tertiaire active 92, syphilis secondaire active 89, lupus vulgaire 46, gale 29, chancre dur 26, eczéma 21, psoriasis 17, syphilis et blennorragie combinées 11.

La tension superficielle était le plus souvent abaissée chez les porteurs de la double infection gono-syphilitique 45,4 o/o, puis dans la blennorragie aiguë 26,6 o/o, le psoriasis 23,5 o/o, le chancre dur 15,3 o/o, l'eczéma 14,2 o/o, la syphilis gommeuse 14,1 o/o, la gale 13,7 o/o, la blennorragie chronique 13,3 o/o, ensuite le lupus vulgaire 6,6 o/o et la syphilis secondaire 6,4 o/o. Bermann.

L'usage du chlorure d'or dans le traitement du lupus érythémateux, par E. S. Pevzner. *Recueil des travaux de l'Institut Dermato-Vénéréologique de la Russie-Blanche soviétique,* 1934, fasc. 1, pp. 78-84.

Depuis 1932 l'auteur a employé en injections intraveineuses le chlorure d'or proposé par Walbdum en 1926. Après des essais sur des malades hospitalisés, l'auteur a appliqué cette méthode en policlinique aux malades atteints de lupus érythémateux. La thérapeutique a été un peu modifiée, de manière à abréger les intervalles entre les injections et à augmenter les doses. La solution employée de chlorure d'or est à 1 o/o. On commence par injecter un dixième de centimètre cube à laquelle on ajoute neuf dixièmes d'eau distillée, donc 1 milligramme de substance. On

pratique ainsi 3 injections d'un milligramme à 3 jours d'intervalle entre chacune. Ensuite, on pratique 3 injections de 5 milligrammes avec des intervalles de 6 jours entre chacune ; puis 5 injections d'un centigramme avec 6 jours d'intervalle, puis 5 de 15 centigrammes, puis 5 de 20 centigrammes, toujours avec 6 jours d'intervalle. En tout, le malade reçoit 0 gr. 253 de chlorure en 4 mois environ. On fait en tout 3 séries analogues avec 2 mois de repos entre chacune. Le poids, la température, le sang et les urines doivent soigneusement être surveillés pendant et après le traitement. Sur 9 malades soignés, un cas a guéri tout à fait, un cas de guérison a récidivé au bout de 4 mois, 2 cas ont été notablement améliorés, 2 cas ont été légèrement améliorés, et un cas est resté stationnaire. Le traitement n'a pas entraîné de complications ou d'accidents quelconques, sauf une petite hyperthermie, des céphalées ou une réaction focale. L'auteur recommande d'essayer ce traitement qu'il continue à un plus grand nombre de malades. BERMANN.

Les affections professionnelles de la peau chez les polisseurs, par I. I. BOGDANOVITCH et S. M. BACHMAKOVA. *Recueil des travaux de l'Institut Dermato-Vénéréologique de la Russie-Blanche soviétique*, 1934, fasc. 1, pp. 85-100.

Les auteurs ont étudié les dermatoses observées chez les ouvriers travaillant à diverses entreprises et s'occupant à polir les brosses, les meubles, les étuis, les niveaux, etc. Ce sont principalement les ouvriers maniant les vernis et les laques qui présentaient ces dermatoses. Les formes de dermatoses sont érythémateuses, papulo-vésiculeuses et eczémateuses suintantes et leur siège est aux mains et aux doigts, rarement aux avant-bras, et encore plus rarement à la face, au cou et au tronc. Les dermatoses surviennent chez des travailleurs jeunes dont le stage professionnel est de quelques jours à quelques semaines. L'on constate parfois des modifications des ongles qui deviennent cassants. La marche des dermatoses est le plus souvent bénigne, l'incapacité de travail qu'elles entraînent est plutôt de courte durée et passagère. Les épreuves cutanées faites avec les diverses substances composant les vernis et les laques prouvent cependant une sensibilité élevée envers quelques-unes, surtout l'iditol qui est un produit de condensation du phénol et de ses dérivés avec l'aldéhyde formique ou autres aldéhydes.

A titre prophylactique, les auteurs préconisent l'emploi des doigtiers, le lavage des mains avec de l'alcool et l'onction avec des substances grasses afin de dissoudre l'iditol et de prévenir une sécheresse excessive des téguments. L'iditol doit être remplacé par la laque en feuilles de bonne qualité, ou bien l'iditol doit être bien lavé dans de l'eau chaude. Mais le meilleur est encore l'usage de la laque à l'huile qui n'est pas irritante, mais qui, à cause de son odeur de térébenthine, exige l'installation d'une bonne ventilation. BERMANN.

Les dermatoses professionnelles chez les tanneurs, par A. J. Prokoptchouk et S. M. Bachmakova. *Recueil des travaux de l'Institut Dermato-Vénéréologique de la Russie-Blanche soviétique*, 1934, fasc. 1, pp. 101-139.

Les auteurs ont fait des recherches cliniques et expérimentales chez les travailleurs d'une grande tannerie de la ville de Minsk. Après avoir décrit les différentes sections de l'entreprise et les procédés de travail qui s'y emploient, après une notice sur l'état sanitaire de la tannerie, les auteurs décrivent les affections professionnelles de la peau observées chez les tanneurs en 1932. La morbidité cutanée professionnelle a constitué un cinquième de la morbidité générale des ouvriers. Elle s'est traduite par 450 cas de dermatoses ayant nécessité une incapacité totale de travail de 2.932 jours qui ont coûté 16.182 roubles 50 cop. à la caisse d'assurance. En moyenne, chaque cas de dermatose a exigé pour sa guérison 6 jours 1/2. D'après la forme clinique, les dermatoses observées se subdivisent de la façon suivante : pyodermites, 198 cas (44 o/o), furonculose, 116 cas (25,77 o/o), panaris, 53 cas (11,77 o/o), lésions par le protosulfure de sodium, 42 cas (9,33 o/o), brûlures diverses, 20 cas (4,43 o/o), eczémas, 12 cas (2,67 o/o), dermatites, 6 cas (1,33 o/o), anthrax, 1 cas (0,2 o/o), autres dermatoses, 2 cas (0,4 o/o). Ainsi donc, les affections pyodermiques constituent en tout 367 cas ou 81,4 o/o. Ces localisations strepto-staphylococciques occupaient surtout les extrémités supérieures, mains et avant-bras. Les brûlures par le protosulfure de sodium et la chaux s'observent non seulement aux extrémités supérieures, mais aussi inférieures et vont du simple érythème aux plaies profondes et nécrotiques, en passant par des érosions, vésicules, bulles et petites excoriations. Ces dermatoses sont enregistrées principalement chez les ouvriers neufs, qui ne travaillent que depuis peu de temps à l'entreprise. En outre, l'on constate un amincissement de la peau des mains et des doigts et des lésions unguéales sous forme d'usure et d'érosions du bord libre. Les brûlures causées par le protosulfure de sodium et la chaux guérissent plus rapidement par l'application d'un pansement sec qu'avec des pommades et des compresses. Toutes ces dermatoses professionnelles surviennent plus rapidement chez les sujets eczémateux ou prédisposés. Afin de diminuer la fréquence des dermatoses professionnelles, les auteurs proposent de perfectionner certains procédés de fabrication, de les rendre mécaniques, automatiques, afin d'éviter le contact des substances irritantes avec la peau et de protéger les extrémités supérieures par des gants de caoutchouc et les extrémités inférieures par des bottes de caoutchouc.

La partie expérimentale du travail des auteurs consistait en l'étude de l'action sur la peau du mélange de protosulfure du sodium et de chaux. Sur une peau saine on constate une tache érythémateuse, puis une bulle séreuse ou séro-sanguinolente qui laisse après elle une érosion. La peau macérée par une compresse réagit plus vite audit mélange irritant. L'action est plus prononcée, si le mélange est recou-

vert d'un pansement même sec. Les surfaces cutanées atteintes de lupus vulgaire ou érythémateux, de psoriasis, de syphilis secondaire et de chancre mou réagissent plus rapidement que la peau saine par une vésiculation et des érosions. Les auteurs ont utilisé cette action pour détruire des éléments lupiques, l'effet a été rapide et assez cosmétique, il faut plusieurs applications. Les mêmes résultats positifs ont été constatés dans quelques cas de lupus érythémateux. Ces recherches sont encore en cours sur des malades cutanés. BERMANN.

Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii (Moscou).

Les maladies cutanées chez les enfants d'âge scolaire et préscolaire, par O. W. CLAIRE. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 1, 1934, pp. 24-27.

Au cours d'une période de 2 ans, l'auteur a examiné les enfants de 4 à 16 ans fréquentant les jardins d'enfants et les diverses écoles de la ville de Sverdlovsk (anciennement Ekaterinbourg). En tout, il y avait 5.488 enfants, dont 3.003 enfants et 2.485 filles. Diverses maladies cutanées ont été constatées chez 799 enfants (14,35 o/o). Les filles sont plus atteintes — 439 — (17,6 o/o) que les garçons — 360 — (11,9 o/o). En général, plus l'enfant est jeune, plus il est atteint de dermatoses, ses téguments cutanés étant encore peu résistants. Les 799 enfants malades présentaient 1.247 affections cutanées, dont la répartition était naturellement inégale. La première place, selon la fréquence, était occupée par les affections strepto-staphylococciques (328 cas), puis venaient : la gale (178 cas), l'eczéma (108 cas), les verrues vulgaires (82 cas) ; ensuite, la séborrhée (58 cas), la pédiculose (50 cas), les mycoses (38 cas), l'herpès (29 cas), le strophulus (24 cas), le prurigo (10 cas), le zona (10 cas), etc.

L'auteur conclut à une hygiène défectueuse des enfants, tant à la maison qu'à l'école et réclame un renforcement de l'hygiène cutanée, des examens fréquents des enfants atteints de dermatoses et leur traitement précoce et intense afin de prévenir l'extension à d'autres enfants.

BERMANN.

Eléphantiasis local des doigts chez les boucheuses et les tireuses de bouteilles de distillerie, par D. POSTOVSKY. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 1, 1934, pp. 27-29.

Les observations de l'auteur sont intéressantes et sont les premières rencontrées dans la littérature. Elles ont été faites chez des travailleuses s'occupant du remplissage et du bouchage des bouteilles d'alcool et s'expliquent par leur travail professionnel. La tireuse prend à la fois 4 bouteilles avec les deux mains, le goulot entre le pouce et l'index, l'index et le médius de chaque main et, après leur remplissage automatique, les met sur la table à côté de la boucheuse. La boucheuse prend de la même manière 2 bouteilles à la fois avec la main gauche,

le goulot entre le pouce et l'index, l'index et le médius; et les bouche automatiquement avec un levier qu'elle actionne de la main droite. Elle manie ainsi de 11 à 13.000 bouteilles par jour.

La pression exercée par les bouteilles contre les faces latérales des doigts provoque leur incurvation et des phénomènes de stase veineuse et lymphatique, d'autant plus marqués que la durée du travail est plus longue. C'est surtout l'index qui est le siège des déformations citées, car il reçoit la pression du côté des premier et deuxième espaces interdigitaux dans lesquels on tient les goulots des bouteilles. Cette altération est un éléphantiasis local, car les faces latérales des doigts ne présentent pas les callosités qui caractériseraient des pressions mécaniques, ni de bourses séreuses, car les surfaces latérales des doigts ne sont pas modifiées. Les modifications primitives, liées aux troubles circulatoires du sang et de la lymphe se traduisent par un œdème lymphatique du tissu conjonctif, puis par son hyperplasie ; les vaisseaux sanguins et lymphatiques se dilatent. Plus tard, l'éléphantiasis mou cède la place à l'éléphantiasis induré. Le tissu collagène mou et friable devient dur, fibrillaire, traversé par des vaisseaux sanguins et lymphatiques dilatés, à parois épaissies. L'incurvation porte sur le pouce et l'index et s'explique par une distorsion constante des articulations interphalangiennes lors de la pression des bouteilles entre les doigts.

La prophylaxie antérieure de cette affection faite au moyen du bandage de l'index préservait peu l'ouvrière. A présent, on met un anneau de caoutchouc spécial qui préserve contre les pressions des bouteilles et les troubles circulatoires consécutifs. L'auteur propose de rendre le remplissage et le bouchage des bouteilles entièrement mécaniques.

BERMANN.

La technique de l'application des rayons ultra-violets dans le psoriasis, par I. L. BÉLAKOW et J. L GOUTINA. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii,* n° 1, 1934, pp. 29-34.

Après quelques données générales sur l'actinothérapie et son action sur la peau, les auteurs exposent leurs résultats personnels obtenus par l'emploi des rayons ultra-violets dans 168 cas de psoriasis, dont 145 cas de psoriasis généralisé et 23 cas de psoriasis localisé seulement aux extrémités. La durée de l'affection était très variable chez ces malades : de 1 à 15 ans dans 122 cas ; de 5 à 10 ans dans 32 cas ; de 10 ans et plus dans 14 cas. Chez 2 malades, on a établi l'existence de la tuberculose, et chez 33, de troubles du système endocrino-sympathique.

La méthode appliquée par les auteurs a été la suivante : après avoir établi la dose biologique, ils soumettaient les malades à l'irradiation générale par la lampe de Jesionck durant 3-4 minutes, à la distance d'un mètre, ceci dans le but de connaître le degré de sensibilité envers les rayons ultra-violets. On pratiquait ensuite, tous les 2 jours des séances en prolongeant leur durée d'une minute chaque fois. Après avoir déterminé le degré de sensibilité du sujet ou après que l'éruption avait pris

une forme stationnaire, on appliquait une thérapeutique plus énergique : avec la lampe de Bach, on administrait de fortes doses érythémateuses qui provoquaient de l'œdème et des phlyctènes. La dermite dure 3-4 jours, après quoi on répète 2-3 fois la même dose ou bien on la renforce, selon la réaction cutanée. Les foyers peu étendus sont irradiés à la distance de 35 centimètres, les foyers plus vastes à celle de 50 centimètres, les doses étant toujours 4-6-10 fois plus fortes que les doses érythémateuses. Les réactions cutanées ne doivent pas effrayer le médecin traitant. Les grandes surfaces doivent être traitées par la lampe de Jesionek, les petites par celle de Bach, les placards rebelles par celle de Kromayer, toujours en augmentant la durée des séances et en diminuant la distance du bec, mais sans dépasser 20 centimètres pour les deux lampes. Le temps d'irradiation ne doit pas dépasser 20 minutes pour la lampe de Bach et 20-35 minutes pour celle de Jesionek. Chaque fois, après la séance ayant provoqué la dermite, on constate, après la régression de celle-ci, une résorption des éléments et une pigmentation. Il suffisait, en moyenne, de 17-18 séances en tout. Sur 78 cas ainsi soignés, l'éruption a complètement disparu dans 55 cas ; 19 cas ont cédé à l'actinothérapie combinée aux pommades et 17 cas sous l'action des rayons ultra-violets associés à l'opothérapie. Les bains jouent un grand rôle en ramollissant et en décapant les placards cutanés. La lumière générale contribue au renforcement des échanges locaux, en provoquant une forte hyperémie de la surface cutanée. Les rayons ultra-violets sont appliqués de suite après le bain d'eau ou de lumière. Les pommades ont été appliquées dans les cas où les rayons ultra-violets ne donnaient pas d'effet rapide et positif.

L'actinothérapie est contre-indiquée en cas d'éruption à éléments frais, en cas d'hypersensibilité cutanée envers les rayons ultra-violets, en cas de tuberculose et en cas de mauvais état général (vertiges, insomnie, nausées, excitation) après les premières séances.

Les auteurs constatent que l'actinothérapie est encore fort peu employée pour soigner le psoriasis et proposent de s'en servir plus souvent, car elle produit des résultats très positifs. Bermann.

Contribution à l'étiologie, à la conservation et à la survivance du virus du zona en cultures tissulaires, par S. A. Glaubersohn et G. S. Barg. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 1, 1934, pp. 34-39, avec une photographie dans le texte.

La littérature montre que le virus du zona est encore peu étudié expérimentalement. Ses rapports avec le virus de la varicelle ne sont pas encore définitivement établis. La question de la conservation et des cultures du virus du zona sur tissus n'est pas encore étudiée non plus.

Cette question serait pourtant intéressante non seulement au point de vue de l'obtention de nombreux passages des souches du virus et de l'influence sur eux des facteurs physiques, chimiques et bactériologiques, mais aussi au point de vue de l'unité du virus de l'herpès idiopathique

et symptomatique, ainsi que de la possibilité d'inoculation du zona à titre prophylactique contre la varicelle.

L'expérimentation des auteurs a consisté en prélèvement stérile à l'aide d'une pipette de Pasteur du contenu des vésicules d'un herpès zoster lombaire datant de 1 à 2 jours chez un jeune homme de 18 ans, malade depuis 4 à 5 jours et n'ayant jamais eu de zona, ni de varicelle et porteur de réactions de Bordet-Wassermann et de Pirquet négatives. Les gouttes de liquide contenues dans les vésicules du zona, diluées de 15 à 20 fois dans un centimètre cube de solution stérile de Tirode ou de glycérine stérile à 40 o/o et ensemencées sur des milieux ordinaires (bouillon, agar-agar) mises à l'étuve se sont montrées stériles. Le reste du matériel a été placé à la glacière.

Le contenu stérile des vésicules a été utilisé pour la préparation des cultures tissulaires faites d'après le type en goutte pendante sur un milieu solide : sérum sanguin de lapin et solution de Tirode à parties égales (donc dilution de 30-40 fois). A ce milieu étaient ajoutées des gouttes du matériel diluées soit dans la solution de Tirode, soit dans la glycérine à 40 o/o ; les cultures de contrôle différaient seulement par l'absence des fragments de tissus. Toutes les cultures (fondamentales et de contrôle) sont mises à l'étuve pendant 4 jours et le matériel non utilisé, à la glacière pour le même laps de temps, après quoi toutes les pièces (cultures fondamentales et de contrôle et le matériel non utilisé) sont mises pour 2 jours à la température fraîche du laboratoire. Le contenu de tous les tubes a servi à inoculer des enfants âgés de 6 à 12 mois. Malgré l'absence d'isolement des enfants inoculés par rapport aux enfants non inoculés, il n'y eut parmi eux aucun cas de varicelle. Le contenu des vésicules dilué dans la solution de Tirode a donné un résultat négatif, tandis que dilué dans la glycérine à 40 o/o, il a fourni un résultat positif, bien que ces deux sortes de matériel aient séjourné 4 jours à la glacière et 2 jours à la température du laboratoire. Un résultat négatif a été aussi obtenu par les cultures de contrôle et celles qui n'ont pas donné naissance à des cultures tissulaires. La culture qui a donné naissance à des fibroblastes a fourni une inoculation positive. L'enfant qui a eu une inoculation positive au bout de 16 jours, s'est infecté, 55 jours après l'inoculation, de varicelle qui s'est déclarée dans la salle.

Ainsi donc, la glycérine à 40 o/o conserve le virus du zona, tandis que le séjour à l'étuve à 37° exerce une influence nocive.

Les auteurs continuent l'étude du virus de l'herpès zoster afin d'éclaircir les côtés restés encore dans l'ombre (titrage, multiplication du virus, espèces de tissus convenant le mieux pour les cultures).

BERMANN.

Une méthode de traitement combiné de la syphilis dans les conditions de la pratique rurale, par B. N. Chamouilov, F. A. Freiberg, R. W. Fremt, I. B. Zelkind et A. A. Alexeïéwa. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 1, 1934, pp. 39-43.

L'essentiel du traitement antisyphilitique fait dans les conditions de la campagne est une activité élevée n'excluant pas la nécessité de se rendre le moins souvent possible chez le médecin. Ce traitement est réalisé par l'emploi simultané du novosalvarsan, de l'osarsol (stovarsol russe), du bijochinol (quinby russe) et de l'onguent gris, ces agents étant en combinaison telle que le malade ne vient chez le médecin qu'une fois tous les 10-12 jours, en tout 6 visites en 2 mois. La méthode des auteurs consiste à faire au malade soit une injection de bijochinol (à la première visite), soit une injection de bijochinol et de néosalvarsan à la fois (à toutes les visites consécutives) ; entre les visites, le malade fait chez lui des frictions mercurielles à la place de l'injection de bijochinol et prend de l'osarsol à la place de l'injection de néosalvarsan.

Le malade reçoit le bijochinol à la dose de 5 grammes (sauf à la première visite où il reçoit 2 grammes et à la deuxième où il reçoit 4 grammes), ce qui est très bien supporté par les syphilitiques, sans aucun incident. L'association du néosalvarsan et du bismuth dont les injections sont faites l'une après l'autre, le même jour ne provoque aucun trouble, à condition, naturellement, de surveiller les reins et la bouche des malades.

Le sujet ainsi traité reçoit en tout 26 grammes de bijochinol et 2 gr. 70 de néosalvarsan au cours des 6 visites chez le médecin ; à domicile, il absorbe 23 gr. 50 d'osarsol et se fait 6 frictions d'onguent gris à 5 grammes, en tout 30 grammes.

Sur 83 syphilitiques ainsi soignés, les auteurs ont trouvé un rythme d'élimination bismuthique normal. Les accidents disparaissaient aussi vite qu'avec le traitement habituel. A la fin du traitement, les malades augmentaient de poids. Les inconvénients consistaient en dermatite (10 cas) et stomatite (3 cas), en partie sur le même malade. Ces accidents n'ont été observés que chez des malades ne prenant pas les soins nécessaires de la peau et de la bouche, et encore, au début du traitement.

Récemment, les auteurs ont un peu modifié leur schéma de traitement. En 2 mois, le malade se rend chez le médecin 8 fois, les visites étant distantes l'une de l'autre de 1 à 11 jours. Il reçoit en tout 31 grammes de bijochinol, 3 gr. 15 de néosalvarsan, 24 grammes d'osarsol et 29 grammes d'onguent napolitain. Naturellement, en cas d'accidents actifs, l'injection de néosalvarsan doit être faite le plus vite possible, à la première ou à la deuxième visite, ce qui avance un peu tout le plan du traitement sans le changer complètement. Bermann.

La syphilis ignorée chez la femme enceinte, par D. A. Napadensky et N. A. Chiriaïéwa. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 1, 1934, pp. 44-54.

Après un aperçu bibliographique du sujet, les auteurs abordent l'étude de leurs documents personnels recueillis durant la période de 1927-1932, concernant en tout 2.123 femmes syphilitiques enceintes, dont 1.667 observées au dispensaire antivénérien et 458 à la consultation prénatale. La syphilis ignorée a été découverte dans 700 cas (33 o/o), dont 452 au dispensaire (27 o/o par rapport à toutes les femmes syphilitiques du dispensaire) et 248 à la consultation (54 o/o par rapport aux femmes syphilitiques de la consultation). La proportion de la syphilis ignorée est double à la consultation prénatale en comparaison avec celle du dispensaire, ce qui s'explique par le fait que la consultation est fréquentée par des femmes ne soupçonnant pas la syphilis, tandis que le dispensaire est visité par des femmes connaissant ou soupçonnant leur syphilis.

D'après les formes, la syphilis ignorée décelée au dispensaire se répartit ainsi (par rapport à la syphilis connue de la même forme) : syphilis viscérale, 89 o/o ; syphilis primaire, 56 o/o ; syphilis latente, 22 o/o. La syphilis ignorée constatée à la consultation prénatale se répartit ainsi : syphilis gommeuse, 66 o/o, puis syphilis latente, 56,5 o/o. C'est donc toujours la syphilis latente qui prédomine partout.

Quant au dépistage de la syphilis ignorée par différents spécialistes, ces médecins se présentent ainsi, d'après la fréquence de la syphilis découverte : dermatologiste, 19,7 o/o ; ophtalmologiste, 16 o/o ; chirurgien, 13,3 o/o ; laryngologiste, 11 o/o ; neuro-pathologiste, 9,6 o/o ; thérapeute, 8,5 o/o, etc. En tout, sur 452 cas de syphilis ignorée constatée au dispensaire, divers spécialistes en ont envoyé 187, donc 41,3 o/o. Sur les 700 cas de syphilis ignorée, la réaction de Bordet-Wassermann s'est révélée positive dans 680 cas (97 o/o), les données anamnestiques ont été positives dans 413 cas (59 o/o), les données objectives positives dans 267 cas (38 o/o). Parmi les 700 cas de syphilis ignorée, le traitement n'a été commencé que par 398 femmes (57 o/o) et encore, parmi ces femmes, 348 (62 o/o) se soignaient mal (une à deux séries en tout). Ainsi, 43 o/o des syphilitiques ignorées ne se sont pas soignées du tout et celles qui ont commencé des soins, l'ont fait d'une manière insuffisante. Sur 398 femmes ayant commencé le traitement, 152 (38 o/o) ont reçu un traitement suffisant. Il n'est pas surprenant que l'amélioration du processus n'a été observée que dans 109 cas (27,3 o/o) et la négativation du Bordet-Wassermann seulement dans 102 cas (25,6 o/o). L'affection est restée stationnaire dans 277 cas (69,5 o/o) et s'est même aggravée dans 12 cas (3,2 o/o).

La marche de la grossesse a été étudiée chez 248 femmes enceintes, mais dans 20 cas (48,4 o/o) le résultat est resté inconnu. Ceci s'explique par le fait que sur ces 248 malades, seulement 133 (53,6 o/o) ont commencé le traitement et 115 (46,4 o/o) ont été perdues de vue. L'avor-

tement provoqué a été pratiqué chez 39 femmes, et la fin de la grossesse n'a été observée que chez 94 femmes (38 o/o). Dans 33 cas, les femmes ont accouché d'enfants malades (35,1 o/o), dans 11 cas, de morts-nés et dans 50 cas d'enfants apparemment sains (53,2 o/o). La cause de cet état de choses déplorable est la venue tardive des femmes à la consultation.

D'après l'âge, les syphilitiques ignorées se divisent ainsi : de 20 à 30 ans, 405 cas (58 o/o) ; de 30 à 40 ans, 220 (31,4 o/o) ; de 40 à 50 ans, 55 (8 o/o) ; de 50 ans et plus, 20 cas (3 o/o), c'est donc de 20 à 40 ans qu'on en observe le plus grand nombre. D'après l'état civil, il y avait 575 (82,1 o/o) femmes mariées, 56 (8 o/o) femmes divorcées, 39 (5,6 o/o) veuves et 30 (4,2 o/o) filles.

Les auteurs concluent à la nécessité du dépistage de la syphilis ignorée chez les femmes enceintes dès le début de leur grossesse par tous les moyens possibles et à leur traitement régulier et énergique.

BERMANN.

Influence de la syphilis sur l'issue de la grossesse chez les femmes syphilitiques non traitées et traitées, par E. S. EMINA-KOTOWA. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 1, 1934, pp. 54-60.

Après une étude des données statistiques sur la mortalité des fœtus syphilitiques aux différentes périodes de leur vie intra-utérine, sur la mortinatalité syphilitique, sur le sort des enfants nés de parents syphilitiques et sur les causes de ces morts, l'auteur rapporte ses observations personnelles faites depuis 1925 sur 212 femmes syphilitiques non ou mal soignées et qui ont eu en tout 657 grossesses. D'après les stades de la syphilis, ces femmes malades se répartissaient ainsi : syphilis secondaire latente, 104 soit 49 o/o ; syphilis tertiaire latente, 93 soit 44 o/o ; syphilis secondaire récente, 8 soit 3,7 o/o ; syphilis tertiaire gommeuse, 7 soit 3,3 o/o. L'âge des malades était de 20 à 40 ans. La syphilis ignorée a été découverte chez 144 femmes, donc 68 o/o. Les résultats de la grossese chez les 212 syphilitiques ont été les suivants : avortements provoqués, 67 (10 o/o) ; avortements naturels, 52 (7,9 o/o) ; morts-nés et nés avant terme, 201 (30,6 o/o) ; enfants débiles, 173 (26,3 o/o) ; enfants malades, 68 (10,3 o/o) ; enfants sains, 98 (15 o/o), parmi les enfants débiles et malades, 198 (30 o/o) sont décédés au cours de la première année. Ces données prouvent clairement l'influence néfaste de la syphilis sur le résultat de la grossesse, d'où la question du diagnostic précoce et du traitement énergique des femmes syphilitiques. Si l'on compare l'issue de la grossesse chez les femmes traitées et non traitées, on constate que le traitement même insuffisant (1 à 3 cures le plus souvent) modifie déjà considérablement les résultats de la grossesse. Ainsi, les avortements spontanés chez les femmes non traitées ont eu lieu dans 9 o/o des cas, chez les femmes traitées dans 1,1 o/o ; les enfants morts-nés et les fœtus nés avant terme donnent les proportions respectives de 34 o/o et de 1,7 o/o ; les enfants débiles de 29,3 o/o et

7 o/o ; les malades, de 11,5 o/o (il n'y en avait pas chez les femmes soignées ; les enfants bien portants, 17,2 o/o et 90,2 o/o (suivis jusqu'à l'âge de 5-6 ans). Ainsi, l'on voit le rôle puissant du traitement antisyphilitique (mixte) sur l'issue de la grossesse chez les femmes syphilitiques. BERMANN.

Syphilis congénitale de deuxième génération, par W. R. SCLAR. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nº 1, 1934, pp. 61 68.

Après un aperçu bibliographique du sujet, l'auteur rapporte ses observations personnelles. Durant les 12 années d'existence du service pour enfants hérédo-syphilitiques de Moscou, sur environ 1.000 malades, l'auteur a trouvé 7 cas de syphilis héréditaire de deuxième génération, dont 5 présentent toutes les conditions indispensables exigées par les auteurs, c'est-à-dire syphilis acquise de la première génération (un des grands-parents), syphilis congénitale certaine de deuxième génération (un des parents) et syphilis congénitale indubitable de troisième génération (l'enfant) (la syphilis acquise de première génération n'est pas prise en ligne de compte). Les 2 autres cas relatifs à 2 jumelles ne font pas l'objet d'une observation complète, car le père n'a pas pu être examiné à cause de son absence. L'auteur conclut ainsi : La majorité des malades ont été en observation prolongée de 2-3 années. L'hérédo-syphilis de deuxième génération évolue dans la plupart des cas d'une façon latente et son diagnostic demande le concours de plusieurs médecins des différentes spécialités se servant des divers moyens d'investigation. Cette méthode de diagnostic complexe permettra de reconnaître la syphilis congénitale de deuxième génération dans une proportion plus élevée qu'on ne l'a cru jusqu'à présent. Afin d'obtenir des résultats visibles et stables, le traitement des enfants atteints de syphilis congénitale de deuxième génération doit être énergique, prolongé et régulier. BERMANN.

Un cas de monohépatorécidive, par A. M. DAVIDOV et T. M. SITNIKOWA. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, nº 1, 1934, pp. 77-81.

L'observation des auteurs a trait à une jeune fille de 18 ans. Pendant les 5 dernières années, elle a mené une vie vagabonde, étant sans abri. Depuis l'âge de 14 ans, elle mène une vie sexuelle désordonnée, fume beaucoup et prend parfois des boissons alcooliques. A 17 ans et demi, elle a présenté un chancre dur génital, contenant des tréponèmes pâles, avec Bordet-Wassermann et Sachs Georgi fortement positifs. Hospitalisée, la malade a reçu 5 injections intraveineuses de novarsénobenzol (total 2 gr. 25) et 29 grammes de bijochinol (quinby russe). Le chancre guéri, elle quitte le service avec une adénopathie bi-inguinale, pour continuer le traitement ambulatoire.

Au bout d'une demi-année, la malade est renvoyée dans le service avec un ictère intense. La malade l'avait déjà depuis 2 semaines, mais n'en

souffrait pas et le considérait comme un hâle consécutif au séjour constant dans la rue, par les jours de printemps.

L'examen des organes génitaux montre un œdème de la petite lèvre droite avec une érosion à la base de sa partie interne (pas de spirochète pâle, ni de streptobacille). Sécrétions vaginales purulentes renfermant le *Trichomonos vaginalis*. Polyadénopathie inguinale, cubitale, sous-maxillaire.

L'examen des organes internes montre un foie gros, dur, douloureux, dépassant le rebord costal de 3 travers de doigt. Les urines contiennent des traces d'albumine et une forte proportion de pigments biliaires et d'urobiline. Les matières renferment de la stercobiline, pas de bilirubine. Examen de sang : hémoglobine, 62 o/o ; index colorimétrique, 0,83 ; globules rouges, 3.700.000 ; globules blancs, 7.800 ; éosinophiles, 2 o/o ; lymphocytes, 26 o/o ; monocytes, 8 o/o ; polynucléaires, 64 o/o. Bordet-Wassermann très positif, Sachs-Georgi négatif. Rien de particulier aux autres viscères.

En analysant ce cas, les auteurs rejettent l'ictère catarrhal ou parenchymateux (absence de troubles gastro-intestinaux, de faiblesse générale, de bradycardie, de prurit), l'ictère salvarsanique (début de l'ictère au bout de 5 mois après la dernière injection intraveineuse de néosalvarsan), l'ictère hémolytique, cirrhosique, etc., et concluent à l'ictère syphilitique. Vu l'absence d'autres accidents spécifiques, les auteurs considèrent l'affection de la malade comme une mono-hépato-récidive. Le succès du traitement spécifique a pleinement confirmé l'opinion des auteurs. En effet, durant son séjour d'un mois, la malade a reçu 16 grammes de bijochinol et 7 injections intraveineuses de cyanure de mercure à 1 o/o, à la dose de 1 centimètre cube chaque fois. La malade a quitté le service en bonne santé, avec une augmentation de poids de 2 kilogrammes, un foie normal et sans trace d'ictère aux téguments ni dans les urines. BERMANN.

Un cas de gomme de la vessie, par A. E. FAÏNE. *Sovietsky Vestnik Vénérologii i Dermatologii*, n° 1, 1934, pp. 81-82.

Dans le cas rapporté par l'auteur, il s'agit d'un paysan de 37 ans se plaignant depuis 8 mois de pollakiurie, de dysurie et d'hématurie. Blennorragie à 32 ans. A l'âge de 30 ans, le malade a eu la syphilis qu'il a fait soigner irrégulièrement par 4 séries mercurielles sans doses suffisantes de néosalvarsan. La séro-réaction n'a jamais été pratiquée. La femme et la fille du malade sont également syphilitiques.

A l'examen, rien de particulier au point de vue général. Sur les téguments entourant l'œil gauche et sur le tronc, on constate des cicatrices à bords festonnés et polycycliques. Le malade urine par petites quantités, 10 à 12 fois par jour et autant de fois la nuit. La miction et les mouvements sont accompagnés de douleurs au bas-ventre. Rien de particulier du côté de la verge, des bourses, de la prostate, des testi-

cules, des reins. Les urines sont troubles, de réaction acide, poids spécifique 1.010, albumine 0,09 o/oo, pas de sucre, débris épithéliaux d'origine rénale en petite quantité, globules rouges, 5 à 10 par champ, celui-ci étant couvert par des globules blancs, pas de flore. La cystoscopie après anesthésie locale à la cocaïne à 1 o/o montre à droite une petite tumeur grande comme une noix, portant à son centre un ulcère à bords irréguliers et surélevés et à fond purulent. Cette tumeur est dure à la palpation par le cystoscope. La paroi vésicale est hyperémiée, trabéculaire et saigne par places. Les orifices des uretères ne sont pas altérés. Réaction de Bordet-Wassermann très positive.

Au cours du traitement mixte institué (néosalvarsan + bismuth) le malade accuse rapidement une amélioration des douleurs à la miction ; bientôt elles cessent, le sang disparaît des urines, la fréquence devient normale. Les analyses montrent la disparition de l'albumine et des érythrocytes. La cystoscopie fait voir, à la place de la tumeur ulcérée, une région hyperémiée. La chromocystoscopie ne révèle rien d'anormal. Le malade quitte le service guéri après un séjour de 5 semaines.

BERMANN.

LIVRES NOUVEAUX

L'épiphyse (glande pinéale, par J. Calvet. Préface du Prof. Champy. Un vol. in-8 de 150 pages, 63 fig. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1934.

L'histologie de l'épiphyse a d'abord été l'objet des recherches de C., et « c'est son extension normale qui l'a amené à l'expérimentation et à l'examen des autres points de vue ». L'étude qu'il apporte constitue une mise au point remarquable de la question. L'appareil pinéal est formé par deux systèmes juxtaposés mais différents : le système pariétal ou œil pinéal et le système épiphysaire. L'embryologie et l'anatomie comparée ont montré à C. qu'il semble se produire une sorte de balancement faisant que l'un se développe énormément alors que l'autre régresse. Leur origine presque commune tend à les faire considérer comme présentant une fonction analogue. Seule l'expérimentation physiologique demeure la solution du problème. Le développement embryologique et la structure histologique (cellules névroptiques différenciées vers une fonction sécrétoire) tendent à la faire considérer comme un organe glandulaire. Les recherches histophysiologiques prouvent qu'elle possède une action particulière freinatrice sur le développement des organes sexuels. L'expérimentation cependant mérite d'être reprise en s'adressant à de grands mammifères, pour déterminer le rôle et les importantes relations avec le système nerveux central de cette glande particulière. C. les a entreprises (Bibliographie considérable et complète)

H. Rabeau.

La syphilis du cervelet et des connexions cérébelleuses, par J. Thiers. Préface du Prof. Achard. Un vol. in-8 de 104 pages avec 10 fig. G. Doin, Paris.

Il n'existait pas encore d'étude d'ensemble sur la syphilis du cervelet ; ce travail en constitue une mise au point claire et volontairement schématique. T. avait étudié antérieurement l'hémiplégie cérébelleuse et montré qu'elle est presque toujours syphilitique ; il a groupé à côté des lésions dues à l'artérite, toutes celles qui à un titre quelconque relèvent d'une atteinte syphilitique du cervelet ou de ses connexions. Quatre parties dans cet ouvrage. La première, la plus importante, est consacrée aux affections d'origine vasculaire ; l'hémiplégie cérébelleuse syphilitique est à peu près aussi fréquente que l'hémiplégie centrale mais le plus souvent méconnue. Consécutive à l'artérite syphilitique, elle peut intéresser par le mécanisme du ramollissement ou de l'hémorragie.

les hémisphères (h. central) ou les pédoncules (h. cordonal). T. en montre les différentes formes cliniques. La deuxième partie traite des gommes ; la troisième des lésions du cervelet au cours des maladies syphilitiques : tabès, paralysie générale ; l'ataxie cérébelleuse aiguë syphilitique y est étudiée et discutée. Les rapports des atrophies cérébelleux avec la syphilis terminent cet ouvrage d'une utilité incontestable.

H. RABEAU.

Hygiène de la peau, par P. CHEVALLIER et M. COLLIN. Un vol. in-8 de 100 pages. *Collection Hygiène et Diététique*. G. Doin et Cie, éditeurs.

Ce précis conçu dans un esprit pratique donne une série de conseils hygiéniques nécessaires à la sauvegarde de la peau. Les auteurs envisagent les fonctions de la peau, puis les soins de propreté et les moyens de protection dont on dispose à l'égard de la peau normale, chez l'adulte et l'enfant. Ils indiquent les soins particuliers dont les différentes parties du corps doivent être l'objet ; des formules simples de crèmes, de poudres, de lotions ont été judicieusement choisies. Ils montrent les moyens de se protéger contre les agents externes : froid, soleil, microbes, parasites, etc... Ayant traité de l'hygiène de la peau normale, ils abordent l'étude des peaux sèches, des peaux grasses, enfin le problème du vieillissement et comment on peut à l'heure actuelle retarder ou masquer les altérations de la peau sénile.

Le praticien trouvera dans ce petit livre une série de conseils et de renseignements des plus utiles. H. RABEAU.

Conférences sur les dermatoses et la syphilis, par L. BORY. Un vol. in-8 de 231 pages. Vigot, éditeur, Paris, 1934.

Vingt-cinq causeries sur des sujets qui vont de l'histoire de la médecine jusqu'à la dermatologie comparée (études sur l'acné, l'impétigo, les prurits, le lichen plan, etc... ; les médicaments antisyphilitiques, mercure, bismuth ; sur le xylol en dermatologie...). Les questions de thérapeutique cependant occupent la plus large place. Pour chacune d'elles, après un exposé des différentes méthodes, B. indique souvent à propos d'une observation quelle est sa ligne de conduite personnelle. Le titre de la 8e causerie : Nuages thérapeutiques, biotropisme, intoxication ou insuffisances, suivi (20e causerie) « Les meilleures conditions pour la tolérance des médications », montre bien dans quel esprit à la fois critique et pratique sont faites ces conférences. H. RABEAU.

La diathermie et ses applications médicales, par P. DUHEM. Un vol. in-8 de 148 pages. Librairie Gauthier-Villars, édit., 1933.

Dans cet excellent petit livre, on trouvera des notions élémentaires de physique, l'étude du circuit oscillant, la description des principaux appareils utilisés et la technique des applications diathermiques. L'action physiologique de la diathermie sur les différents organes se traduit par une réaction hyperthermique, une action vaso-dilatatrice et consécutivement un abaissement de la pression artérielle, une augmentation

suivie de diminution des échanges respiratoires ; une augmentation du taux des échanges nutritifs avec élimination plus grande de produits azotés et de produits toxiques, une activité des échanges nutritifs et une action analgésique sur les douleurs particulières de la nutrition et même sur les douleurs névralgiques, une action sur le neurone-moteur périphérique. De cette action physiologique découlent les indications thérapeutiques qui sont précisées pour chaque système et les résultats obtenus. Un chapitre est consacré à l'étude des ondes courtes et à leurs applications générales et locales. Cet ouvrage répond bien à son but qui est de rendre l'étude de la diathermie accessible à tous, et à généraliser l'emploi d'une méthode si féconde en résultats.

H. RABEAU.

Thérapeutique de la paralysie générale, par Marcel PINARD, médecin de l'hôpital Cochin, Albert FIEHRER et Marcel TAVENNEC, internes des hôpitaux de Paris. 1 vol. in 8, 118 pages avec courbes. Doin, éditeur, Paris 1935.

Marcel Pinard et deux de ses élèves apportent leur contribution à la malariathérapie de la paralysie générale. Ils donnent un résumé de 61 observations, simplement, sans grands commentaires. Ils se contentent à la fin du livre de résumer en quelques pages, sous forme de « Considérations » leur opinion sur la méthode. Ils notent une amélioration considérable, dans l'ensemble, de l'état démentiel ; une action beaucoup moins marquée sur le tremblement, la dysarthrie et le graphisme. Les éléments du liquide céphalo-rachidien les plus favorablement influencés sont l'albumine et les lymphocytes. On ne peut pas dire que la malaria, à elle seule, ait une action directe sur la sérologie.

Il est à noter que les auteurs préfèrent les arsenicaux trivalents aux pentavalents, contrairement à la plupart des syphiligraphes, pour le traitement post-malarique. Ils ne pensent pas que les pentavalents soient plus actifs et ils disent, même en employant la voie musculaire, que les examens ophtalmologiques « ont parfois décelé des complications oculaires justifiant l'arrêt du traitement ». Ils ne donnent pas de détails sur ces complications.

L'amélioration des malades paraît commencer très tôt après l'impaludation et devenir rapidement appréciable. Cependant il y a des exceptions et il faut parfois attendre cette amélioration pendant plusieurs mois.

Il n'y a d'ailleurs aucune règle : « toutes ces observations présentent un polymorphisme déroutant ; il semble qu'on ne puisse tirer aucune règle générale ni pour la conduite du traitement ni pour le pronostic. »

M. P. préfère la malaria à la fièvre récurrente, celle-ci n'étant pas plus efficace tout en étant beaucoup plus fatigante.

Le travail de M. P. et de ses élèves est utile à lire car c'est un travail de bonne foi, exécuté par un syphiligraphe très expérimenté.

CLÉMENT SIMON.

L'intoxication par les somnifères (intoxication barbiturique), par Ch. FLANDIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis, J. BERNARD et Fr. JOLY, internes des hôpitaux de Paris, avec schémas dans le texte. 1 vol. in-8 de 116 pages. Doin, éditeur, Paris 1935.

L'usage thérapeutique de plus en plus répandu des barbituriques a créé peu à peu des syndromes pathologiques nouveaux auxquels tous les médecins et souvent aussi les dermatologistes doivent s'intéresser. En outre la facilité de se procurer ces drogues, leur toxicité considérable à des doses proches des doses thérapeutiques font qu'elles sont utilisées comme un moyen de suicide à la portée des faibles. Par les temps troublés que nous vivons, les suicides deviennent fréquents. Il est hors de doute qu'ils le seraient moins si les barbituriques n'existaient pas. Ils sont l'arme des timides et des femmes.

Le moment est donc venu de faire connaître les modalités de ces intoxications et Ch. F. et ses collaborateurs doivent être remerciés. Leur livre est très clair, simple et pourtant complet. Chimie et physiologie expérimentale, toxicologie, anatomie pathologique, étude clinique, diagnostic, pronostic, traitement et prophylaxie constituent les chapitres de cet ouvrage. Les dermatologistes y trouveront une bonne description des troubles cutanés et muqueux : érythèmes, œdèmes, éruptions vésiculo-bulleuses, ulcérations, purpura, cyanose, prurit, pigmentations, troubles des phanères, exanthème.

CLÉMENT SIMON.

Le traitement moderne de la syphilis (The modern treatment of syphilis), par J. E. MOORE. Un volume in-8, de 535 pages, 41 fig, 124 tableaux, Baillière, Tindall et Core, Londres 1934.

On connaît les nombreux travaux originaux de Moore sur la syphilis, en particulier cette belle série de mémoires sur la syphilis « asymptomatic » dans lesquels reprenant les travaux de P. Ravaut sur la syphilis « préclinique » il leur apporte une remarquable confirmation. Utilisant un matériel clinique d'une richesse considérable (plus de 18.000 observations pour John Hopkins Hospital seulement, auxquelles il faut ajouter celles apportées par les diverses universités des Etats-Unis, malades ayant fait l'objet de recherches cliniques et biologiques), il établit ce que le praticien doit faire dans les différentes formes de la syphilis, quelles méthodes de traitement il a à sa disposition, quels résultats il doit en attendre. Les premiers chapitres donnent un court résumé de la biologie de la syphilis, puis il étudie la chimiothérapie de la syphilis, les médicaments, arsenic, mercure, bismuth, iodures, et pour chacun d'eux, leur mode d'administration, les accidents d'intolérance et les moyens de les éviter. L'étude de chaque type de syphilis, précoce, tardive, latente, nerveuse, viscérale, vasculaire, etc. fait l'objet d'un chapitre spécial. Dans chacun d'eux il expose le but à atteindre, les modes de traitement, leurs résultats ; de nombreux graphiques et statistiques les figurent. Le nombre des cas sur lesquels sont établis les pourcentages

est toujours indiqué, ainsi que la durée de l'observation, le nom de l'auteur s'il ne s'agit pas de statistique personnelle. Il présente sa conclusion sous forme de tableaux, l'un montrant les principes particuliers à chaque type de syphilis, l'autre un schéma de traitement. Voici à titre d'exemple les conseils pour le traitemennt d'une syphilis récente. — Le but à atteindre est la guérison complète. D'abord, avant le traitement examiner complètement le malade, non seulement du point de vue de la syphilis, mais aussi des maladies pouvant la compliquer, puis faire tous les examens qui serviront de base et auxquels on pourra comparer les examens ultérieurs. Pour obtenir l'effet tréponémicide maximum se servir du vieux salvarsan (606) au lieu des autres arsénobenzols, du bismuth au lieu du mercure. Le traitement sera continu, sans périodes de repos. On se servira d'arsenic et de métaux lourds en séries alternées et non conjuguées. Le contrôle sérologique (Wassermann du sang et examen du liquide céphalo-rachidien) servira à déterminer la durée du traitement. Poursuivre le traitement pendant une année entière après que le sang et le liquide céphalo-rachidien sont devenus et restés constamment négatifs. Le traitement sera rigoureusement contrôlé pendant cette année. Par la suite on devra surveiller le malade toute sa vie et pratiquer périodiquement un examen clinique et sérologique. Le deuxième tableau indique semaine par semaine les médicaments à utiliser et leurs doses.

Ce mode de présentation sera sans doute très apprécié du praticien ; l'abondance de la documentation, des graphiques, des exemples, en diminue le caractère forcément schématique

Les chapitres qui concernent la neuro-syphilis et ses différents modes de traitement sont particulièrement documentés. La question des tests thérapeutiques dans le diagnostic et le traitement de la syphilis, celle de leur interprétation, des Wassermann irréductibles, des réactions provoquées sont étudiés et discutés.

Dans l'ensemble ces méthodes sont assez semblables à celles en usage en France, avec peut-être une sévérité plus grande, des périodes de repos plus courtes, des possibilités de contrôle (en particulier par la ponction lombaire) plus facilement acceptées. Les résultats obtenus sont bons.

Un long index par sujets termine ce volume, qui constitue un guide remarquablement informé pour le traitement moderne de la syphilis.

H. Rabeau.

Common skin diseases (Les affections communes de la peau), par A. C. Roxburgh. 1 vol. de 369 pages et 136 figures, 2e édition. H. K. Lewis et Cie. Londres, 1934. Prix : 16 (shillings).

La deuxième édition de ce livre, parue deux ans à peine après la première, témoigne de l'accueil qui lui a été fait et montre que, sous sa forme essentiellement pratique, il devait combler une lacune de la littérature médicale anglaise.

Faisant partie d'une collection de précis de médecine pratique, ce

livre, destiné aux étudiants et aux praticiens, est un exposé clair mais bref des principaux chapitres de la dermatologie et des manifestations cutanées de la syphilis. La plus large place est réservée au diagnostic et au traitement.

Cette deuxième édition est augmentée de chapitres qui n'avaient pu être insérés dans la première ; les dermatoses congénitales, les atrophies et scléroses, les affections vésiculeuses et bulleuses, les érythrodermies sont traitées avec le même souci de clarté, de brièveté et d'utilité exclusivement pratique.

Edité avec le plus grand soin, ce livre est enrichi de nombreuses photographies dont le choix et la reproduction sont particulièrement heureux. S. FERNET.

Les maladies vénériennes, par A. J. PROROPTCHOUK, professeur à la Clinique Dermato-Vénéréologique de l'Institut Médical de Minsk Editions de l'Etat de Russie-Blanche soviétique. 1933, 112 pages avec 48 figures dans le texte, prix 2 roubles.

Ce petit livre a été écrit sur la proposition du Président du Comité Central de la Croix-Rouge de la Russie-Blanche. Il contient les notions les plus indispensables et les plus essentielles sur les trois maladies vénériennes principales : la syphilis, le chancre mou et la blennorragie. Cependant, ce petit précis se distingue des manuels de vénéréologie classiques. L'auteur y étudie les maladies vénériennes non seulement au point de vue clinique, diagnostique, pronostique et thérapeutique. A ces données s'ajoutent en prenant une large place les notions de la vénéréologie prophylactique, législative, sociale et statistique. L'auteur rapporte les données sociales et statistiques sur les maladies vénériennes non seulement dans l'ancienne et la nouvelle Russie, mais aussi dans les pays européens asi.tiques, africains et américains. Il étudie les sources d'infection et les causes de propagation du vénérisme dans le monde entier. Il démontre le rôle important joué par la prostitution dans l'extension des maladies vénériennes dans les pays étrangers et son rôle insignifiant dans l'Union Soviétique qui mène une lutte systématique contre ce fléau et où la prostitution a presque totalement disparu grâce à la liquidation du chômage parmi les travailleurs et les travailleuses. L'auteur montre la diminution de la fréquence des malades vénériennes en Russie Soviétique en comparaison avec les années précédentes. Ainsi, en 1913, sous le tsarisme la syphilis était de 18,4 o/oo dans les villes et de 5,3 o/oo à la campagne. Pour certaines régions on avait même des chiffres énormes, par exemple de 42 o/o pour la Bouriato-Mongolie et de 5,7 o/o pour le Kazakstan. En 1924, la syphilis ne comptait plus que 9 93 o/oo et en 1926 9,45 o/oo. Quant à la Russie-Blanche, la fréquence de la syphilis pendant les années du tsarisme, était de 15,3 o/o à 11,9 o/o. Durant les années du pouvoir soviétique, la syphilis diminue : ainsi, en 1927, on ne trouve que 1,37 o/oo, en 1931, 0 97 o/oo. La blennorragie subit également une diminution progressive : 1.1 o/oo en 1927 et

0,99 0/00 en 1931. La chancrelle reste stationnaire pendant ces années : 0,02 à 0,08 0/00, donc très rare.

Le petit précis est muni de tableaux statistiques relatifs à la fréquence des maladies vénériennes dans les villes et les districts de la Russie Blanche pendant les années 1925-1931. L'auteur conclut que la lutte contre les maladies vénériennes doit être poursuivie encore davantage par l'organisation de nouveaux dispensaires et stations antivénériens, de nouvelles stations de prophylaxie antivénérienne, de nouveaux services hospitaliers capables d'isoler les malades durant la période infectieuse. Il faut dépister les sources de contagion, les soigner, examiner les familles des malades vénériens, contrôler leur traitement et attirer les malades irréguliers et récalcitrants, en leur appliquant des lois spéciales. Tous les médecins doivent être familiarisés avec le diagnostic et le traitement des affections vénériennes, il faut augmenter le nombre des vénéréologues et inculquer des connaissances de vénéréologie aux médecins non spécialisés. BERMANN.

La Syphilis (Syphilis), par Herbert PLANNER, dans la collection des « Livres de la Pratique Médicale » (Ærtzlichen Praxis). Julius Springer, Berlin, 1934. Un vol. 100 pages. 4,40 RM.

Cette collection a pour objet de fournir aux praticiens un livre simple où seront condensées les acquisitions sur une grande question de pathologie.

Celui réservé à la syphilis avait été écrit par Pflanner, qui n'a pas eu le temps de l'achever complètement. En 100 pages, P. a fait tenir l'essentiel pour un praticien de ce qui concerne la syphilis. Après un rappel de syphilis expérimentale et de pathologie générale de la syphilis, la description des manifestations cutanées : chancre, adénopathie, éruptions secondaires, syphilis tertiaire, syphilis maligne. Peu de chose manque à ce résumé. Viennent les chapitres sur la sérologie de la syphilis (où la signification et l'importance pratique des réactions sérologiques sont indiquées précisément) et sur le traitement de la syphilis mieux développé (43 pages). Ce livre manque surtout d'illustration ; il donne parfois l'impression d'un schéma. Mais il remplit bien, je crois, son office d'aide-mémoire, et même de guide averti pour la thérapeutique. L. CHATELLIER.

ERRATUM

Dans l'article de MM. O. JERSILD et O. MOLTKE. Un cas de syndrome de Vidal non blennorragique favorablement influencé par l'administration des vitamines, — paru dans notre numéro de Novembre 1934, p. 985, légende de la figure 6,

Au lieu de : 11 décembre 1933, *lire* 11 janvier 1934.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA SYPHILIS NERVEUSE CHEZ LES INDIGÈNES D'INDOCHINE SYPHILIS DITE EXOTIQUE ET MANIFESTATIONS NERVEUSES

Par Charles MASSIAS
Ancien interne des Hôpitaux de Bordeaux, Médecin principal de l'Assistance en Indochine.

La question de la syphilis nerveuse chez les indigènes de nos colonies, Nord-africains et Annamites a fait l'objet de controverses. La théorie des races de virus syphilitiques a paru expliquer pour certains auteurs les diverses modalités de la syphilis viscérale, nerveuse en particulier, des Européens et des Indigènes d'Afrique et d'Asie. Le virus asiatique, par exemple, toucherait le système nerveux moins souvent que le virus européen.

Il semble qu'il s'agisse surtout d'une apparence. Au fur et à mesure que nos investigations s'étendront sur un nombre toujours croissant de malades, nous verrons que la syphilis nerveuse existe chez nos indigènes coloniaux dans ses diverses manifestations.

Il en sera d'elle comme d'autres maladies, qui passaient pour rares chez les Indochinois au début de ce siècle. N'était-il pas admis, il y a trente ans, que la typhoïde n'existait pas en Cochinchine, que l'amibiase était rare chez l'Annamite ? On s'étonne qu'on ait pu admettre de telles erreurs. Elles s'expliquent parce qu'à cette époque les médecins ne soignaient presque pas d'indigènes, la médecine militaire s'occupait presque exclusivement des troupes et de quelques fonctionnaires. Les moyens mis en œuvre par la médecine occidentale contre la dysenterie n'étaient pas très supérieurs à ceux de l'empirisme indigène. L'arrivée de l'émétine changea le problème pour la dysenterie, qu'on a reconnue comme très fréquente. L'extension de l'assistance médicale, la création d'hôpitaux

firent affluer les indigènes. Actuellement on peut dire que la majorité des hospitalisés le sont pour des maladies de tous les pays. Le traitement par le novarsénobenzol est réclamé par des syphilitiques de plus en plus nombreux. Mais, la plupart du temps, les Annamites ne consentent qu'à recevoir quelques injections comme lancées au hasard dans le temps et dans l'espace. La création de l'Institut Prophylactique de Saïgon en 1926 permettra à la longue de faire pénétrer dans la masse la notion de la nécessité des traitements continus et contrôlés.

En Indochine la syphilis est extrêmement répandue. Le Dr Nguyen-van-Tung, Directeur de l'Institut Prophylactique de Saïgon, évalue la proportion des citadins syphilitiques à 60 0/0, celle des ruraux à 20 0/0.

A l'Hôpital général de la province de Soctrang, qui reçoit des ruraux dans la proportion de 99 0/0, et où j'ai observé en trois ans plus de 11.000 malades, la syphilis contagieuse en activité est la cause de 20 0/0 des hospitalisations. La réaction de Vernes recherchée chez 1.379 individus a été trouvée positive pour la syphilis dans 50 0/0 des cas. Par la recherche de la réaction de Vernes chez 1.170 femmes enceintes, c'est-à-dire de femmes venues à l'Hôpital non pour une maladie, mais pour accoucher, j'ai trouvé 25 0/0 de syphilitiques. Ce pourcentage est certainement au-dessous de celui des hommes syphilitiques et de la population entière. Chez les Chinois habitant la Cochinchine, la syphilis est presque la règle. Il en sera ainsi aussi longtemps que la population ignorante n'admettra pas la contagion de la maladie et que les malades n'auront aucun souci de se faire traiter et répandront à loisir la maladie. On peut dire qu'il n'est pas de jeune prostituées de 17 à 18 ans qui ne soit syphilisée en quelques semaines. La prostitution réglementée compte très peu en face de la prostitution clandestine, toutes les deux propagent la syphilis. Notre programme de surveillance a à peine reçu un commencement d'exécution.

Plus qu'en Europe, la syphilis cutanéo-muqueuse est floride, les chancres géants sont extrêmement fréquents, le phagédénisme se rencontre très souvent. L'association du bacille de Ducrey est monnaie courante. Traité par des procédés repoussants, d'ignobles ingrédients, le chancre s'étend, dévore le prépuce, le gland ; les adénites suppurées s'ensuivent avec de grands décollements. Chez

la femme ce sont des syphilides vulvaires hypertrophiques, ulcéreuses, croûteuses, confluentes, s'étendant à l'anus, aux cuisses, aux plis interfessiers, aux fesses. En un mot la *syphilis est sale.* A la bouche, au pharynx, elle est beaucoup moins floride, et très souvent il est difficile d'y découvrir des plaques muqueuses. Sur la peau ce sont des syphilides roséoliques en plein épanouissement, psoriasiformes, acnéiformes, varioliformes, croûteuses, souvent confluentes, d'une végétation florissante, vraiment tropicale. Elles sont associées à des épidermites staphylococciques, streptococciques, à de la gale, à des épidermophyties.

Est-ce à cause de ce dermotropisme sur des peaux malpropres que la syphilis atteindrait chez l'indigène le système nerveux avec moins de fréquence chez l'Européen? Hauptmann, Breiger, Hesse ont expliqué cette évolution dermotrope par l'insolation du tégument. On connaît les essais de traitement des Bordet-Wassermann irréductibles par les rayons ultra-violets seuls ou associés à l'autohémothérapie (Ed. Rayka et E. Radurai, P. Fernet, Roberti et Odinet).

Les lésions cutanéo-muqueuses préserveraient-elles les viscères et le système nerveux? P. Ravaut, Gougerot, Buschke et Freymann ont montré le rôle souvent atténuateur de l'érythrodermie arsénobenzolique sur la syphilis. Les syphilitiques porteurs d'une dermatose passagère (eczéma aigu), ou chronique, auraient une évolution de la syphilis relativement bénigne. Raoul Bernard, Dujardin ont opposé les syphilitiques porteurs de chancre avec Bordet-Wassermann + traités avant la roséole et les syphilitiques traités après la roséole. A traitement semblable, les premiers semblent avoir une évolution moins favorable que les seconds. Les lésions de la peau favoriseraient la défense des viscères.

Les Annamites ne suivent jamais ou presque un traitement dès le début du chancre, presque tous ceux que nous voyons ont déjà des lésions dites secondaires.

Il faut cependant remarquer que la syphilis indigène ne dédaigne pas les os, que les douleurs osseuses, articulaires, dites ostéocopes, sont très fréquentes, que nous voyons de très nombreuses manifestations osseuses, telles que des gommes, des ostéites des os longs (tibia), des os du nez, du crâne. Le tertiarisme est précoce. Si l'exubérance des manifestations cutanées favorise la défense du

système nerveux, on peut se demander s'il est utile de les traiter d'une manière insuffisante, comme on le fait presque toujours, et si l'abstention thérapeutique ne serait pas préférable. La disparition rapide des lésions cutanées détruirait les moyens de défense naturels par la peau.

De cette façon on pourrait expliquer la nocivité des traitements arsenicaux insuffisants. Les neurorécidives ont été attribuées à ces traitements incomplets (Ravaut, Gougerot), sans Hg et Bi complémentaires. Sézary a soutenu que les paralytiques généraux et les tabès précoces seraient dus à cette même cause. Jadassohn a objecté que, si le traitement arsenical trop faible était de nature à produire de tels effets, on pourrait actuellement s'en apercevoir, les premiers malades traités par le salvarsan l'ayant été insuffisamment sont arrivés maintenant à la fin de la période où éclosent le tabès et la paralysie générale.

Chez nos Annamites, tous traités insuffisamment, cette période est-elle écoulée ? Sans doute pas complètement. La suite démontrera si les cas de tabès et de paralysie générale vont devenir fréquents.

Des auteurs ont soutenu que la syphilis exotique n'est pas la même que la syphilis européenne, non pas à cause de la nature du virus, dermotrope ou neurotrope, non pas à cause des conditions de climat, mais parce que deux facteurs, le surmenage intellectuel et la race jouent un rôle certain. Ce rôle est-il démontré ? Nous ne le pensons pas.

Gaudučheau pense qu'il y a pluralité des virus, et a soutenu en 1933 qu'un syphilitique ancien, infecté par un virus peut être surinfecté par un autre virus.

R. Montel a fait remarquer qu'au Japon, la paralysie générale est fréquente chez des individus qui ne sont pas des intellectuels.

Couchoud a écrit en 1913 : « En quoi le cocher parisien qui entre paralytique général à Sainte-Anne a-t-il mené une vie plus intellectuelle que le Brahme qui a lu des textes »? D'après Couchoud dans l'Inde la paralysie générale est presque inconnue. En Chine, à Canton, la paralysie générale est représentée largement au Kerr Hospital, surtout parmi les Chinois du Sud, matelots, navigants. A Singapore les Malais autochtones n'ont pas de paralysie générale, les Chinois immigrants de la Chine flottante ont fourni des cas de paralysie générale. Mais ces observations de Couchoud datent de 1913.

R. Montel a soutenu en 1926 à la Société Médico-Chirurgicale de l'Indochine que le « tréponème suit la cholestérine ». A la Société de Pathologie exotique en 1933, il a soutenu la même théorie. L'Annamite est un hypotendu, un hyposphyxique, hypocholestérinémique, ce qui est exact (1). Le paludisme, lésant la rate, et les surrénales, crée de l'hypocholestérolémie. C'est, pour Montel, dans cette hypocholestérolémie qu'il faudrait voir la rareté des syphilis nerveuses chez les Annamites. De plus, peut-être, le paludisme créerait-il une sorte de malariathérapie. Marcel Leger a répondu à R. Montel que le taux de cholestérol et l'indice de floculation du sérum sont indépendants.

Avec le temps et un plus grand nombre d'observations, nous découvrirons peut-être des syphilis nerveuses plus nombreuses.

Il est incontestable, comme je le disais en 1926 à la Société Médico-Chirurgicale de l'Indochine, qu'en suivant « chapitre par chapitre un traité de neurologie en nous arrêtant aux manifestations de la syphilis sur les centres nerveux, on les rencontrait à peu près toutes », et je citais un bon nombre de lésions cérébrales et médullaires.

En 1933, Ng. V. Tung et Tran van Do ont examiné à Saïgon 9.136 syphilitiques, 2.365 ont eu leurs dossiers établis. Sur ce dernier nombre, 579 avaient une localisation nerveuse, clinique ou décelable par la ponction lombaire : paralysie des paires crâniennes 23, radiculites, tabétisants, tabès 14, myélites d'Erb 15, syphilis cérébrale 5, simple modification des réflexes 398, méningite sans signes somatiques 124.

Réactions méningées de la syphilis nerveuse latente.

L'examen du liquide céphalo-rachidien d'un grand nombre de syphilitiques en période secondaire m'a permis de constater la fréquence des réactions méningées, plus ou moins latentes, s'accompagnant ou non de céphalée, de fièvre, se traduisant par les signes de P. Ravaut : hyper-lymphocytose, hyper-albuminose, etc...

En voici trois exemples :

(1) Au sujet de cette question cf. Charles Massias. Deux cas de lithiase biliaire chez des Annamites, l'hypocholestérinémie des Annamites, *Revue méd. chir. des maladies du foie*, 1934.

Chinois, 29 ans, en décembre 1931, chancre et bubon suppuré gauche. Vernes = 77 ; 10 cyanure et novarsénobenzol 0,15, 0,30. Revu le 19 septembre 1932 : céphalée intense, liquide céphalo-rachidien. Vernes = 21, 85 lymphocytes, albumine 0,40. Vernes-sérum = 25.

Annamite de 32 ans, chancre fin 1930. Aucun traitement.

Le 13 mai 1931 : liquide céphalo-rachidien albumine 0,40, 20 lymphocytes, Vernes = 34. 10 cyanure, novarsénobenzol 2,80.

Le 4 janvier 1932 : Vernes-sérum = 38. Liquide céphalo-rachidien albumine 0,59, 55 lymphocytes, Vernes = 63. Traité par cyanure, néotrépol, novarsénobenzol 2,65.

Annamite de 34 ans, chancre en 1927. Pas de traitement.

En octobre 1931 : liquide céphalo-rachidien, Vernes = 11I. Albumine 0,30, 15 lymphocytes.

Le docteur Nguyen-van-Tung vient de trouver que sur 46 porteurs de chancre, 16 avaient un liquide céphalo-rachidien anormal, soit 34 o/o, sur 13 « syphilitiques secondaires sans manifestations cutanées », 5 avaient un liquide céphalo-rachidien anormal, soit 38 o/o, et cela *sans aucun traitement antérieur*. L'Annamite présente bien des réactions méningées précoces. Les réactions tardives, après 4 ans, existent, mais plus rares, M. Tung en a observé 4 ans, 15 ans, 27 ans après le chancre, chez *des individus jamais traités*. Certaines réactions, sans signes cliniques, peuvent devenir des réactions « précliniques » au sens de P. Ravaut, et précéder des localisations nerveuses, sans qu'il soit possible d'affirmer un pronostic évolutif. Elles *démontrent chez l'Annamite l'infection précoce ou tardive du système nerveux*, cette infection étant dans certains cas occulte, inapparente, pouvant rester « biologique latente curable » ou être « préclinique » suivant l'expression de P. Ravaut. Ces recherches m'ont démontré ainsi qu'à M. Nguyen-van-Tung que *chez les Annamites on rencontre les mêmes réactions méningées que celles que P. Ravaut a décrites chez l'Européen.*

Méningites aiguës et subaiguës.

Un bon nombre de méningites aiguës chez les nourrissons, d'états convulsifs sont dus à l'hérédo-syphilis. En voici un exemple :

Enfant de 4 ans, Kernig, raideur de la nuque, vomissements, température à 38°, polynucléose sanguine à 89 o/o, séro-agglutination T. A. B.

négative ; liquide céphalo-rachidien, Vernes = 56, 28 lymphocytes par millimètre cube, albumine 0,30, pas de bacilles tuberculeux, guérison à la suite du traitement mercuriel et arsenical (liqueur de Van Swièten et sulfarsénol).

Voici un cas chez un adulte de *syphilis méningée aiguë avec xanthochromie et coagulation massive du liquide céphalo-rachidien.*

Homme annamite de 24 ans. Chancre syphilitique en mars 1931, traité par 2 bi-iodure de Hg et 7 muthanol. Vu le 2 juillet 1931. Vernes = 21. Adénite inguinale volumineuse bilatérale. Suppuration en certains points. Novarsénobenzol 0,15 le 4 juillet, le soir 38°6. Le 6 et 7, sulfate de cuivre ammoniacal intraveineux, le 8, cyanure de Hg. Du 4 au 8, température entre 38° et 38°6.

Signes de réaction méningée : raideur de la nuque, Kernig, nausées, constipation, céphalée intense. Le 8 juillet, ponction lombaire : 0,85 d'albumine, Vernes = 0, pas de bacilles tuberculeux, 140 cellules (lymphocytes) par millimètre cube (Nageotte) : lymphocytes 75, monocytes 14, polynucléés 11 o/o. Le bubon gauche suppure, on l'incise. Dans le pus, pas de Ducrey.

On refait 0,15 de novarsénobenzol le 12 juillet : la céphalée est très intense, la raideur de la nuque s'accentue. On fait un traitement bismuthé (10 muthanol). Dès le 4ᵉ muthanol, la température descend de 38° à la normale, la céphalée s'atténue. Le 14 juillet, 2ᵉ ponction lombaire : coagulation massive en bas du tube, xanthochromie très nette du liquide au moment de la ponction et encore plus nette après coagulation, 130 cellules par millimètre cube du liquide avant coagulation.

Lymphocytes 68, monocytes 16, polynucléaires 16 o/o. Vernes = 0.

Albuminurie : 0 gr. 50 o/oo.

Le 23 juillet : 3ᵉ ponction lombaire, xanthochromie très accentuée, mais pas de coagulation, albumine 5 gr. 80, dans le culot de centrifugation uniquement quelques lymphocytes.

L'état méningé continue : céphalée, insomnie, Kernig, rachialgie violente, abrutissement. Le 4 août : 4ᵉ ponction lombaire : 125 cellules par millimètre cube, uniquement des lymphocytes ; très forte xanthochromie sans coagulation, albumine 7 grammes. Vernes = 39. La recherche du bacille tuberculeux a toujours été négative.

Dans le sang Vernes = 2. Poids : 36 kilogrammes.

Peu à peu, les phénomènes méningés s'atténuent, sauf la raideur de la nuque qui persiste longtemps. En août- septembre, sulfarsénol 2 gr. 34. En octobre-novembre, 10 muthanol. Vernes = 61 le 14 décembre. En décembre, novarsénobenzol 3 gr. 30. Vernes = 3 le 12 janvier 1932.

Syphilis cérébrales.

Les cas d'artérite syphilitique sont assez souvent rencontrés, avec leurs conséquences : ramollissement, hémiplégie. L'hémorragie cérébrale est plus rare. Voici quelques exemples d'arthérite syphilitique cérébrale :

Homme annamite de 25 ans, hémiparésie droite avec aphasie. Liquide céphalo-rachidien : albumine 0,70, 11 lymphocytes, Vernes = 40.

Homme de 28 ans, chancre syphilitique et blennorragie en février 1932, Vernes = 102, reçoit trois injections de cyanure et quitte l'hôpital. Est revu le 22 février 1934 pour une hémiparésie gauche avec crises comitiales. Vernes = 45 dans le sang. Liquide céphalo-rachidien 80 cellules, lymphocytes 75 o/o, poly-neutrophiles 5 o/o, cellues monocytiques 15 o/o, albumine 0,40. Après 10 cyanure et 0,48 de sulfarsénobenzène le malade quitte l'hôpital.

Homme de 41 ans, Vernes = 90 dans le sang, 80 dans le liquide céphalo-rachidien, hypercytose rachidienne (22 cellules), hémiplégie droite, gros cœur, mort par insuffisance cardiaque.

Homme de 49 ans, pression artérielle 19-11, Vernes-sérum = 50. Hémorragie cérébro-méningée vérifiée à l'autopsie.

Des cas de syphilis bulbo-protubérantielle ont été publiés par Collin (paralysie alterne), Motais (Syndrome de Weber).

Syphilis médullaires.

En 1926 je signalais deux cas de myélite aiguë, apoplectiforme, avec paraplésie flasque brutale, abolition des réflexes, paralysie des sphincters, eschares, mort rapide malgré un traitement énergique.

Voici un cas de myélite aiguë guérie :

Annamite de 23 ans, paraplégie flasque, abolition des réflexes, rétention d'urine. Liquide céphalo-rachidien : 20 lymphocytes, Vernes = 44, albumine 0,20. Un traitement par le cyanure, le muthanol, et le novarsénobenzol amenèrent la guérison clinique.

La *forme la plus habituelle est la paralysie spinale d'Erb.* En 1926 je signalais 12 cas. Ces trois dernières années j'en ai vu 9 cas,

Voici quelques exemples, tous chez des malades qui n'avaient pas été traités antérieurement.

— Annamite de 32 ans, liquide céphalo-rachidien : 40 lymphocytes, albumine 0,20, Vernes-sang = 20. Erb typique.

— Annamite de 38 ans, paraplégie avec légère contracture. Vernes-sérum = 28. Liquide céphalo-rachidien : Vernes = 53, albumine 0,50, 60 lymphocytes, 6 cyanure, 10 néotrépol. Liquide céphalo-rachidien : Vernes = 63, 150 lymphocytes. Vernes-sang = 15. Novarsénobenzol, 2,80. Vernes-sérum = 18, puis 0. Liquide céphalo-rachidien : 10 lymphocytes.

— Annamite de 39 ans, *paraplégie d'Erb* 2 ans après le chancre, contracture intense en flexion, marche impossible. Vernes du sérum = 50 le 30 mai 1932. Liquide céphalo-rachidien Vernes 12, 13 lymphocytes par millimètre cube. 10 cyanure, novarsénobenzol 0,15 intramusculaire au total 1,80, 10 cardyl. Vernes-sérum = 59. Liquide céphalo-rachidien 1,7 cellules, Vernes = 15, albumine 0,20. Novarsénobenzol 3 grammes au total intraveineux. Au bout de trois mois le malade peut marcher et faire à pied un kilomètre. Le 2 septembre 1932, Vernes = 54 dans le sérum, 15 dans le liquide céphalo-rachidien ; le 30 septembre, 30 dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Novarsénobenzol 3 grammes au total.

Revu en octobre 1932 : novarsénobenzol 1,50, cesse le traitement.

Revu le 20 mai 1933 : Vernes-sérum = 27. Liquide céphalo-rachidien, pas de réaction cytologique, albumine 0,20, Vernes = 0.

— Annamite de 35 ans, *paraplégie d'Erb* depuis 2 ans. La difficulté de la marche aurait commencé quelque mois après le chancre. Vernes dans le sérum 33. Liquide céphalo-rachidien Vernes = 0, 52 lymphocytes par millimètre cube, albumine 0,30. Traitement : 4 cardyl, 10 muthanol, novarsénobenzol 2,80. Le 20 avril, Vernes = 74 le 6 mai 1919, le 3 juin 1920. En juin-juillet, 10 muthanol. Le 28 juillet, Vernes = 50. Le 24 août, liquide céphalo-rachidien, pas de réaction cytologique.

— Annamite de 57 ans. Paraplégie d'Erb, syphilis inconnue. Pour céphalée examiné en juillet 1933. Vernes = 50. Azotémie 0,18. Pression artérielle 13-9 (supérieure à la moyenne annamite), quitta l'hôpital avant la ponction lombaire et traitement. En mars 1934, Vernes = 45, hyperréflectivité tendineuse, démarche spasmodique sans clonus, marche impossible. Liquide céphalo-rachidien : 35 lymphocytes, 0,22 d'albumine. Vernes = 0. Après un traitement mercuriel (cyanure et énésol) arsenical (novarsénobenzol) le malade est amélioré fin avril et peut marcher.

Chez tous ces malades il est impossible de rechercher le réflexe

plantaire, la plante de ces gens qui vont nu pieds est trop cornée et insensible. Aussi remarque-t-on que je ne parle pas du signe de Babinski.

Atrophie musculaire.

Annamite de 46 ans, non lépreux, atrophie des fléchisseurs de la jambe droite, du quadriceps crural droit, à gauche réflexe rotulien vif. Vernes-sérum = 20. Liquide céphalo-rachidien : Vernes = 40, 6 lymphocytes, albumine 0,40.

M. Sézary a publié à la Société de Dermatologie et Syphiligraphie un cas de paraplégie d'Erb due au virus syphilitique exotique, observé chez un parisien, infecté en 1900 en Afrique occidentale par une mulâtresse. Ce sujet n'avait pas été réinfecté par un virus européen.

Je n'ai pas constaté de pachyméningite cervicale hypertrophique, de formes pseudo-tumorales par gomme méningée. Beaucoup *d'algies*, *pseudo-lumbagos*, *pseudo-sciatiques*, des membres inférieurs et membres supérieurs si fréquentes chez l'Annamite sont dues à des *méningo-radiculites*, comme le prouvent l'examen du liquide céphalo-rachidien, les réactions sérologiques et l'efficacité du traitement antisyphilitique.

J'ai observé cinq *paralysies faciales*, dues à la syphilis, avec réactions du liquide céphalo-rachidien et guérissant par le traitement.

Syndromes pseudo-polynévritiques, pseudo-béribériques.

En Indochine, où le béribéri est très fréquent, il convient de faire la discrimination entre le béribéri et certains syndromes de paraplégie, complète ou incomplète, avec troubles sensitifs, paresthésies, douleurs profondes, engourdissement, fourmillement, amyotrophie où la syphilis paraît jouer un rôle. Pitres et Vaillard ont admis l'existence de polynévrites syphilitiques, diplégiques ou quadriplégiques, même généralisées, ascendantes type Landry à marche aiguë ou subaiguë. Ils citent des observations anciennes de Jaffe (1878), Déjerine (1876), Einsenlohr (1878), Fox (1880), Schultze (1886), Brauer (1896) où le syndrome ascendant se ter-

mina par la mort. Landry en 1859 a publié un cas de quadriplégie chez un syphilitique, guérie par l'iodure de potassium. Moins loin dans le passé citons les cas de Spillmann et Etienne (1896), Cestan (1900), Demanche et Ménard, avec syndrome de Korsakow (1911), Bitot et Mauriac (1909), dans lequel les auteurs se demandèrent si la polynévrite était syphilitique ou mercurielle.

Y a-t-il vraiment des polynévrites syphilitiques? Ne s'agit-il pas plutôt de cellulo-névrites, de myéloradiculites?

Voici un exemple récent du syndrome pseudo-polynévritique. Nous avons observé d'octobre 1933 à février 1934 une femme annamite de 30 ans, qui présentait une paraplégie complète, avec abolition des réflexes tendineux, des fourmillements aux extrémités, de l'amyotropie nette des cuisses et des jambes, une impossibilité de se tenir debout, un peu d'œdème dorsal des pieds, sans signes cérébelleux, sans troubles des sphincters sans fièvre, sans réaction du liquide céphalo-rachidien : pas d'hyperalbuminose, pas d'hypercytose, Vernes : 0. Dans le sang Vernes : 105. Anémie à 2.780.000, sans réaction myéloïde, mais avec hématies granulo-réticulées nombreuses. Cette anémie est ici très fréquente et n'a pas du tout le type pernicieux. Le signe de Babinski est impossible à rechercher chez les Annamites dont la plante est revêtue d'une épaisse corne. Le traitement bismuthique (10 oxyde de Bi, 10 hectine B, 3 néocardyl) a amélioré considérablement la malade, qui, en février, pouvait marcher à peu près normalement. L'indice de Vernes était descendu à 50. Que représentent exactement ces syndromes chez des indigènes, où s'imbriquent syphilis, anémie, dénutrition, carence en Vitamines B et protéines? Dans le cas que je rapporte, j'ai donné à la malade du vitaminol (1), riche en vitamines B et acides aminés. Ces cas peuvent sembler ressortir aux syndromes médullo-anémiques chez des syphilitiques. L'efficacité du traitement syphilitique, l'intensité des réactions sérologiques réductibles par ce traitement, peuvent faire penser que la syphilis jouait le principal rôle.

H. C. Morin a publié en 1927 à la Société de Pathologie exoti-

(1) CHARLES MASSIAS. Le traitement du bériberi par une préparation contenant vitamines B et acides aminés. *Bull. Soc. Path. exotique*, XXVI, 14 juin 1933, p. 789.

que huit observations du même genre, où un syndrome pseudo-béribérique, avec Wassermann positif, fut guéri en quelques mois par un traitement mixte qui négativa le Wassermann.

En somme, c'est surtout l'effet du traitement sur ces syndromes difficilement cataloguables et sur les réactions sérologiques qui fait soupçonner leur nature syphilitique. Dans mes observations comme dans celles de Morin, il faut noter que le liquide céphalo-rachidien ne présente pas de réaction cytologique ou chimique sauf dans une de Morin où il y avait « légère réaction cytologique et hyperalbuminose nette » sans précisions.

Nous voici arrivés à la question du tabès.

Tabès.

D'après les classiques (Jeanselme et Rist) le tabès serait inconnu. Le Dantec le dit « assez fréquent ». Qu'est-ce à dire ?

A la séance de septembre 1916 de la Société médico-chirurgicale de l'Indochine, R. Montel a signalé le premier cas de tabès observé à Saïgon chez un Annamite du Tonkin, âgé de 39 ans, garçon de paquebot. A ce titre il avait fait pendant 20 ans plusieurs voyages en France, où il séjournait à chaque traversée 8 à 10 jours et plus. Il déclarait n'avoir jamais eu de chancre et n'en portait pas de cicatrice. Il présentait du Romberg très net, de l'ataxie locomotrice, de l'aréflexie patellaire, le signe d'Argyll, de la mydriase égale des deux côtés. Le liquide céphalo-rachidien ne put être examiné, le Bordet-Wassermann ne put être recherché dans le sang. R. Montel soulignait l'extrême rareté du tabès et de la paralysie générale en Indochine, aux Indes, en Malaisie, en Chine, et par contre leur relative fréquence au Japon, et chez les Chinois naviguants.

Ferris cita d'après la lecture de statistiques officielles deux cas de tabès au Tonkin de 1910 à 1914, sans donner aucun détail. Il convient d'être très sceptique sur ces deux cas, quand on sait comment on a pu établir ces statistiques. Fait plus intéressant, Ferris citait un cas de tabès « typique » chez un Chinois originaire de la province de Canton, et observé par lui à Hanoï du seul point de vue clinique sans examen du liquide céphalo-rachidien.

En 1923, Nguyên-van-Thinh publiait deux cas de tabès, l'un

chez un homme avec une arthropathie de la hanche gauche, l'autre chez une femme de 36 ans, présentant de l'ataxie, des douleurs fulgurantes, de l'aréflexie tendineuse, une atrophie optique double, le signe d'Argyll. Liquide céphalo-rachidien « lymphocytose légère », Wassermann faiblement positif.

La même année, Lalung-Bonnaire et Nguyên-van Khai relataient un cas de tabès, observé sur un métis chinois-annamite (père chinois, mère annamite), de 44 ans, atteint de syphilis à 23 ans, présentant le signe de Romberg, le signe d'Argyll, de l'ataxie, de l'aréflexie tendineuse, une double atrophie optique blanche. Liquide céphalo-rachidien : Wassermann faiblement positif.

Motais, en 1924, publiait un cas de syndrome de Weber d'origine syphilitique, et 23 cas d'atrophie optique, dont un certain nombre sans ataxie, et qu'il rattachait au tabès oculaire. Ces cas avaient été observés sur un total de 9.000 malades de la Clinique ophtalmologique de Cochinchine. Quelques mois après, Motais ajoutait deux cas de tabès avec ataxie, douleurs fulgurantes, Romberg, Argyll, aréflèxie rotulienne, anesthésie testiculaire : l'un de ces tabétiques était un homme de 48 ans, le second avait un Bordet-Wassermann négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Il faut remarquer que les examens du liquide céphalo-rachidien manquent dans beaucoup des observations publiées : ce qui constitue une lacune importante.

En 1924, dans une conférence sur la pathologie annamite à la Société de Pathologie exotique, R. Montel ajoutait au cas publié en 1916 un second cas de tabès, soit deux cas en 23 ans sur plus de 150.000 malades.

En octobre 1926, H. G. Morin signalait la confusion possible entre certaines formes de béribéri et des « polynévrites » syphilitiques. Cette communication ouvrit une discussion sur la syphilis nerveuse en Cochinchine. Motais soutint « qu'il n'y a pas de tabès oculaire, mais du tabès tout simplement », que l'ataxie est atténuée chez les Annamites qui marchent pieds nus et gardent le contact direct avec le sol. Pour lui atrophie optique signifie tabès, elle est souvent le seul symptôme d'un tabès qui ne se manifeste que plusieurs années plus tard. Les affections qui causent de l'atrophie complète de la papille sont rares : ce sont les fractures de l'orbite

profond (atrophie monoculaire), les tumeurs du chiasma (dans ce cas symptômes associés), la sclérose en plaques (atrophie rarement complète et très tardive), la paralysie générale très rarement, la maladie de Leber, précoce et héréditaire, l'oxycéphalie, facile à diagnostiquer. Un tiers à peine des tabétiques faisant des atrophies optiques, il faut admettre, d'après Motais, que « nous aurons l'occasion dans les années qui suivront d'exercer notre sagacité et notre compétence pour découvrir les nombreux tabétiques annamites ». Pareille prédiction s'est-elle réalisée? La constatation de la seule atrophie optique ne peut faire poser le diagnostic de tabès.

R. Montel persista à soutenir la rareté de la « parasyphilis » chez l'Annamite. Il demanda de n'apporter dans le débat que des cas indiscutables : « Pour ce qui est de la syphilis nerveuse en général je ne crois pas que l'on puisse mettre en doute son existence et je me range absolument à l'avis que notre collègue Massias exprimait tout à l'heure en l'appuyant d'une argumentation saisissante ».

D'autres cas de tabès ont été publiés par la suite. H. Coppin, en décembre 1926, sous le titre « un syndrome rare chez l'Annamite, signes de la série tabétique, alcoolisme, hypertension artérielle » a publié le cas d'un garde indigène d'Hanoï, âgé de 42 ans, syphilitique depuis 10 ans, grand alcoolique (buvant un litre d'alcool de riz par jour), présentant une « ébauche douteuse de Romberg », un talonnement « assez net », un myosis extrême par paralysie de l'innervation sympathique, une papille optique aplatie avec « une certaine pâleur » « pas d'incoordination bien établie », pas de troubles de sensibilité objective, pas d'aréflexie tendineuse, simplement une forte diminution à droite du réflexe achilléen, pas de douleurs du type fulgurant, une pression artérielle 22-11 (Pachon), dans le liquide céphalo-rachidien Wassermann positif, 11 lymphocytes. S'agissait-il d'un tabès incipiens? Peut-être, mais il semble bien qu'on ne puisse parler de tabès certain.

F. Motais, en 1926, revenant sur la question à la Société de Pathologie exotique, rappelait les observations publiées par lui en 1923 et 1924, insistait à nouveau sur l'importance du tabès oculaire; il l'expliquait ainsi : « il a fallu simplement qu'un service d'ophtalmologie attirât les aveugles, pour que la fréquence du tabès soit nettement démontrée en Cochinchine ». Pour cet auteur, « le

symptôme ataxie est beaucoup moins apparent chez les Annamites que chez les Européens, pour la raison très simple encore que ceux-ci ont des chaussures, et que ceux-là n'en ont pas ».

En 1927, Lalung Bonnaire publie un cas de tabès chez un homme annamite de 41 ans, atteint de chancre à 22 ans, présentant des douleurs fulgurantes, de l'ataxie, du Romberg, de l'aréflexie rotulienne, de l'impuissance génitale, des réflexes à la lumière faible, une diplopie homonyme. Vernes dans le sang 41, dans le liquide céphalo-rachidien 118. Il n'est pas fait mention de lymphocytose et du taux de l'albumine.

En 1928, Lê-van-Hoach présentait un Chinois de 43 ans, présentant de l'ataxie, du Romberg, de l'aréflexie et une atrophie optique blanche bilatérale. Liquide céphalo-rachidien Vernes = 27, Bordet-Wassermann +++, pas de lymphocytose.

En 1930, Pham-quang-Anh et Pham-nhu-Trac, observant à Hué (Annam) publient le cas d'une femme de 51 ans, atteinte d'une arthropathie indolore du genou sans lésions osseuses visibles à la radiographie, avec Romberg positif, sans ataxie ; dans le liquide céphalo-rachidien, lymphocytose (non précisée), Bordet-Wassermann + et benjoin colloïdal positif.

La même année et en 1931 Tirouvanzian a observé des signes de tabès avec Romberg, aréflexie, ataxie, anesthésie profonde chez deux cambodgiens. Le liquide céphalo-rachidien ne fut pas examiné.

En 1931, Nguyên-van-Tung, directeur de l'Institut Prophylactique de Saïgon depuis 1926, signalait qu'il avait vu 4 tabès sur 20.000 malades et sur cent cas environ de syphilis nerveuse. Sur ces quatre cas de tabès un seul concernait un homme traité depuis quelques années par des séries courtes de novarsénobenzol.

En 1934, R. L. Montel a publié le quatrième cas de tabès qu'il a vu en 34 années : Annamite du Tonkin, 41 ans, n'ayant jamais quitté l'Indochine, syphilitique à l'âge de 16 ans, n'a jamais reçu de traitement, non alcoolique, début à 39 ans, douleurs fulgurantes, Romberg, anesthésie testiculaire, marche hésitante avec steppage, Argyll, pas d'atrophie optique. Liquide céphalo-rachidien, 25 cellules, albumine 0,38, Bordet-Wassermann ++. Sang Bordet-Wassermann ++. Cholestérol 1,60 et 2,10. Ce taux de cholestérol s'expliquerait par le régime mixte et européen et annamite que suivait ce tabétique, cuisinier.

Ng. V. Tung a observé depuis 1926 sur 30.000 syphilitiques venus à l'Institut Prophylactique de Saïgon, 13 cas de tabès vrai, dont 9 depuis novembre 1932, 5 hommes et 4 femmes, tous appartenant à la classe pauvre. Malgré leur alimentation très peu riche en lipides, un homme avait 3,40 de cholestérol sanguin, une femme 2,70. Tous avaient des réactions cytologiques, sérologiques intenses (sauf un qui refusa la ponction lombaire), un syndrome clinique riche en signes tabétiques, aucun ne présentait de troubles trophiques. Ng. van Tan et Ngo van Hieû viennent de rapporter en 1934 trois cas de tabès chez des femmes, présentant outre l'atrophie optique, les signes cardinaux du tabès.

Il paraît certain, jusqu'à présent tout au moins, que le tabès vrai est rare chez les Annamites.

En trois ans sur près de 12.000 hospitalisés, je n'ai vu qu'un cas de tabès avec arthropathie du genou. C'est le seul que j'ai vu en 10 ans de pratique cochinchinoise.

Tabès avec arthropathie du genou : autopsie.

Observation. — Un Chinois de 52 ans est examiné le 8 octobre 1932. Il présente une lymphangite à streptocoques de la jambe droite avec un abcès au mollet, c'est pour ce motif qu'il est venu à l'hôpital. Il meurt de cette lymphangite qui prend un aspect gangréneux le 18 octobre 1932. Ce Chinois avait un genou droit énorme, depuis des années. Comme il était *indolore*, il ne s'en est jamais préoccupé. Ce genou présentait une laxité articulaire considérable, il était disloqué, on pouvait renverser le tibia sur le fémur. A l'intérieur, bruit de sac de noix, de galets roulant l'un sur l'autre. Le malade pouvait marcher avec un bâton. Le réflexe rotulien droit était, bien entendu, aboli. Le réflexe rotulien gauche, les réflexes achilléens étaient abolis. Les testicules étaient peu sensibles à la pression. En raison de la lymphangite, il ne fut pas possible d'examiner la démarche.

Chez un pareil individu asiatique, il est presque impossible de rechercher les troubles de la sensibilité : il semble bien qu'il ait eu de l'insensibilité à la piqûre sur les membres inférieurs sans topographie nette, et qu'il n'ait pas eu de douleurs fulgurantes.

Seuls comptent les signes objectifs cliniques, aréflexie tendineuse, arthropathie, Argyll, et les signes humoraux : Vernes-sérum = 35. Liquide céphalo-rachidien : 17 lymphocytes par millimètre cube, albumine 0,20, Vernes = 16. Une deuxième ponction lombaire cinq jours après la première montre la même lymphocytose (15 lymphocytes), Vernes = 15, albumine 0,20.

On sait que les arthropathies sont sous la dépendance directe de lésions syphilitiques de l'articulation.

L'autopsie fut faite quatre heures après la mort. Sur l'encéphale, on constata une arachnoïdite opaline au niveau des zones rolandiques, de la temporale supérieure gauche, de la face supérieure des hémisphères cérébelleux. Malheureusement, les fragments d'encéphale furent perdus et l'examen histologique ne put être fait. L'examen de la moelle permit de constater une réaction méningée lymphocytique, une atteinte des racines postérieures lombaires et une sclérose discrète des cordons postérieurs à la moelle lombaire.

Paralysie générale. — Je n'ai pas constaté personnellement de paralysie générale chez les Indigènes. Le Dr Soun, médecin des Asiles publics d'aliénés, Directeur de l'Asile de Bienhoà (Cochinchine) a bien voulu me communiquer la statistique des cas de paralysie générale à cet Asile :

en 1931 sur 165 entrées :

13 P. G. . . . . .
- 1 Européen
- 12 Indigènes
  - 9 Annamites
    - 8 hommes
    - 1 femme
  - 1 Cambodgien
  - 2 Chinois

en 1932 sur 146 entrées :

8 P. G. . . . .
- 7 Annamites
  - 6 hommes
  - 1 femme
- 1 Métis sino-annamite

en 1933 sur 166 entrées :

6 P. G. . . . . 6 Annamites-hommes

27 P. G.

sur 477 entrées en 3 ans, 5,45 o/o pour paralysie générale.

J'ai constaté une forme de confusion mentale aiguë avec fièvre, réaction méningée intense au point de vue clinique et humoral chez un Européen de 30 ans, infecté il y a 3 ans par un virus syphilitique cochinchinois ; les signes psychiques, humoraux et cliniques disparurent sous l'influence du traitement spécifique rapidement et complètement. Ce malade revu 6 ans après n'a jamais présenté de paralysie générale ; il a suivi et suit un traitement mixte périodique. Son liquide céphalo-rachidien, revu à plusieurs reprises, est resté normal.

Diabète insipide syphilitique (polyurie infundibulo-tubérienne).

J'ai signalé en 1934 le premier cas observé en Cochinchine chez un Chinois de 30 ans, amibien et paludéen, syphilitique depuis plus d'un an (?) ; nous constatons une polyurie à 9-10 litres, sans albumine, sans glycose, sans cylindres, urée par litre d'urine 1 gr. 15. Taille 1 m. 75, poids 45 kilogrammes. Pas d'hémianopsie, pas d'hyperhypnie. Signe d'Argyll. Vernes du sang : 20. Liquide céphalo-rachidien : pas de réaction cytologique, albumine 0,20, Vernes : 8. Urée du plasma sanguin 0 gr. 25. Un traitement insuffisant (2 cyanure, 2 gr. 70 de novarsénobenzol) n'améliora pas la polyurie. Après la 2e injection à 0,30 il y eut une réactivation, la polyurie monta temporairement à 13 litres. L'inactivité du traitement sur la polyurie a été constatée dans les observations de Weissenbach, Gilbert-Dreyfus et Brisset (*Soc. méd. hôp. Paris*, 13 novembre 1931, 1709), Sézary, Lichtwitz et Benoist (*Ibid.*, 20 février 1931, 283).

Conclusions.

Elles seront prudentes et révisibles avec le temps.

L'existence de la syphilis nerveuse sous ses formes classiques chez les Indigènes indochinois n'est pas contestable. Il faut reconnaître qu'elle n'est pas très fréquente dans un pays où la syphilis est extrêmement répandue. Le tabès particulièrement est rare, j'ai apporté le seul cas autopsié en Indochine. Il convient de n'apporter que des observations indiscutables avec des examens humoraux complets, ce qui n'a pas toujours été fait.

Presque tous les Indigènes syphilitiques montrent pour suivre le traitement une indifférence exemplaire. Ils se contentent de trois ou quatre injections d'arsénobenzène lancées au petit bonheur dans le temps et dans l'espace. La création de l'Institut prophylactique à Saïgon permettra à la longue une lutte plus efficace, mais cet Institut est fréquenté surtout par les syphilitiques de l'agglomération urbaine Saïgon-Cholon.

Il est entendu que le traitement arsénobenzolique ou autre doit être soumis aux règles de la continuité, du contrôle sérologique, de

la preuve de l'extinction de l'infection. Le traitement arsenical mal contrôlé et insuffisant favoriserait l'apparition du tabès et de la paralysie générale. Pour nous, cela reste à prouver au moins pour les Indochinois. Les cas de tabès publiés appartiennent à des malades non traités.

Comment se fait-il que, l'insuffisance des traitements étant générale, on ne trouve pas plus de tabès et de paralysie générale ?

L'Asiatique, Annamite, Chinois, n'a pas les mêmes réactions neuro-végétatives que l'Européen, il a un autre substrat biochimique. Nourri plus de préjugés que de bonne alimentation, esclave de coutumes ancestrales, très souvent miséreux, il ignore la contagion des maladies infectieuses. Il aime l'arsénobenzol qui cicatrise rapidement les lésions visibles. L'arsénobenzol a amené à la médecine occidentale un grand nombre d'Asiatiques atteints de syphilis floride : il semble qu'il aurait dû nous faire voir plus de syphilis nerveuses. Mais l'Indigène ne réalise pas en général la relation entre un chancre et des troubles morbides survenant à plusieurs années de distance.

Les progrès de l'hygiène dépendent toujours de l'évolution des concepts intellectuels et moraux des populations et des conditions économiques de leur existence. Avec le temps, le problème de la syphilis nerveuse indochinoise se présentera sous un jour nouveau, se rapprochant de la syphilis nerveuse européenne.

Bibliographie

Collin. — Syphilis bulbo-protubérantielle avec variété du syndrome de paralysie alterne, *Bull. Soc. Méd. Chir. Indochine,* juillet 1926.

Coppin. — Un syndrome rare chez l'Annamite, signes de la série tabétique, alcoolisme, hypertension, *Ibidem,* décembre 1926, 611.

Fournier. — Les particularités de la syphilis arabe, *La Clinique,* n° 202, mars 1933, 106.

Gaudücheau. — Syphilis exotique et tabès, *Bull. Soc. Path. exotique,* t. **25**, 6 juillet 1932, 681.

Lalung-Bonnaire. — Un nouveau cas de tabès, *Bull. Soc. Méd. Chir. Indochine,* septembre 1927, 344.

Lalung-Bonnaire et Nguyen-Van-Khai. — *Ibidem,* 14 septembre 1923.

Léger (Marcel). — Les arsénobenzènes aux colonies, leur emploi raisonné et dûment contrôlé, *Bull. Soc. Path. exotique,* t. **24**, 1931, 394.

Léger (Marcel). — Considérations sur le traitement de la syphilis chez les indigènes des colonies, *Ibidem,* 9 décembre 1931, 434.

Léger (Marcel). — A propos de l'hypothèse de Montel : l'hypocholestéri-

némie des indigènes, cause de la rareté des syphilis cérébrales, *Ibidem*, 12 juillet 1933, 905.

LE-VAN-HOACH. — Encore un tabétique chinois, *Bull. Soc. Méd. Chir. Indochine*, avril 1928, 208.

MASSIAS (Charles). — Discussion sur la syphilis nerveuse, *Bull. Soc. Méd. Chir. Indochine*, octobre 1926, 518-520.

MASSIAS (Charles). — Diabète insipide syphilitique, la polyurie hypophyso-tubérienne, *Ibidem*, janvier 1934, 97-107 et *Gazette hebd. Sc. Méd. Bordeaux*, n° 19, 13 mai 1934, 290-294.

MONTEL (R.). — Un cas de tabès chez un Annamite, considérations sur le tabès aux Indes et en Extrême-Orient, *Bull. Soc. Méd. Chir. Indochine*, 10 septembre 1916, 244-255.

MONTEL (R.). — Discussion sur la syphilis nerveuse, *Ibidem*, octobre 1926, 521-523.

MONTEL (R.). — Études de pathologie annamite, *Bull. Soc. Path. exotique*, 11 juin 1924, 434-464.

MONTEL (R.). — Discussion d'une note de Gauducheau, *Ibidem*, 6 juillet 1932, 684-685.

MONTEL (R.). — Discussion sur la thérapeutique intracérébrale de la paralysie générale, *Ibidem*, t. **26**, 1933, 841.

MONTEL (R.). — A propos de l'hypocholestérinémie des indigènes, cause de la rareté des syphilis cérébrales, *Ibidem*, t. **26**, 11 octobre 1933, 1027.

MONTEL (R.). — Un nouveau cas de tabès chez un Annamite, *Bull. Soc. Méd. Chir. Indochine*, t. **12**, février 1934, 150-155.

MORIN (H. C.). — *Bull. Soc. Méd. Chir. Indochine*, octobre 1926, 507.

MORIN (H. C.). — Sur la syphilis nerveuse en Cochinchine, *Bull. Soc. Path. exotique*, t. **20**, 9 février 1927, 116.

MOTAIS (F.). — Syndrome de Weber d'origine syphilitique, *Bull. Soc. Méd. Chir. Indochine*, juillet 1924, 200.

MOTAIS (F.). — La syphilis oculaire en Cochinchine, *Ibidem*, t. **2**, 10 octobre 1924, n° 9, 247.

MOTAIS (F.). — Un cas de tabès, *Ibidem*, 14 novembre 1924, 316.

MOTAIS (F.) et LE-VAN-HOACH. — Un autre cas de tabès, *Bull. Soc. Méd. Chir. Indochine*, 14 novembre 1924, 317.

MOTAIS (F.) et LE-VAN-HOACH. — Le tabès en Cochinchine, *Bull. Soc. Path. exotique*, t. **19**, n° 2, 10 février 1926, 81-86.

MOTAIS (F.) et LE-VAN-HOACH. — Sur la syphilis nerveuse en Cochinchine, *Bull. Soc. Méd. Chir. Indochine*, 1926, 514.

MOTAIS. — Variations sur un thème à la mode, le tabès indochinois, *Ibidem*, 1934, 487.

NGUYEN VAN TAN et NGO VAN HIEU. — Trois grands tabétiques annamites, *Ibidem*, mai 1934, 483.

NGUYEN-VAN-THINH. — Tabès avec arthropathie de la hanche gauche, *Ibidem*, 1923, 111.

NGUYEN-VAN-THINH. — Un cas de tabès avec atrophie optique, *Ibidem*, juin 1923, 195.

NGUYEN-VAN-TUNG. — Discussion sur la syphilis nerveuse, *Ibidem*, octobre 1926, 520.

NGUYEN-VAN-TUNG. — Note sur la syphilis nerveuse en Cochinchine à propos d'un nouveau cas de tabès, *Ibidem*, février 1931, 125.

NGUYEN-VAN-TUNG. — Le péril vénérien en Cochinchine, *Annales des mal. vénériennes*, t. **27**, juillet 1932, 485-523.

NGUYEN-VAN-TUNG. — Contribution à l'étude de la syphilis nerveuse latente chez les Annamites, *Bull. Soc. Méd. Chir. Indochine*, t. **11**, 10 mars 1933, 130.

NGUYEN-VAN-TUNG et TRAN-VAN-DO. — Neuf nouveaux cas de tabès observés depuis 15 mois à l'Institut prophylactique de Saïgon, *Ibidem*, t. **12**, février 1934, 215-227.

PHAM-QUANG-ANH et PHAM-NHU-TRAC. — Un cas de tabès, *Ibidem*, avril 1930, 336.

RAVAUT (P.). — Les conséquences d'une réaction positive ou négative du liquide céphalo-archidien au cours de la syphilis d'après trente années d'observation. La période biologique de la syphilis nerveuse, *Monde Médical*, 1er juin 1930, 506-616.

RAVAUT (P.). — Le diagnostic précoce de la syphilis nerveuse, *Ibidem*, n° 813, 15 juillet 1932, 763.

RAVAUT (P.). — Traitement de la syphilis nerveuse, *Ibidem*, 15 décembre 1932, 1013.

SÉZARY (A.). — Le problème de la syphilis exotique, pathogénie et thérapeutique, *Maroc Médical*, 15 janvier 1933.

SÉZARY (A.). — Paraplégie d'Erb due au virus syphilitique exotique, *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 6 juillet 1933.

TIROUVANZIAN. — Syphilis nerveuse, *Bulletin Soc. Méd. Chir. Indochine*, juillet 1930, p. 758.

Hôpital de Soctrang (Cochinchine).

LE TRAITEMENT ÉLECTRO-CHIRURGICAL DES CANCERS DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES ORIFICIELLES (1)

par le Docteur Marcel DUCOURTIOUX
Médecin-Assistant à l'Hôpital Saint-Louis
Médecin de l'Hôpital M. H. de Rothschild.

Les possibilités du traitement électro-chirurgical des cancers de la peau et des muqueuses orificielles ont augmenté à mesure que les techniques se perfectionnaient. Il est des services à l'Hôpital Saint-Louis où cette thérapeutique s'est presque complètement substituée aux autres traitements du cancer.

La haute fréquence a en effet transformé le pronostic de certaines tumeurs cutanées. Son action est constante même sur les plus malignes. Elle ne provoque jamais d'aggravation. Elle se prête admirablement aux retouches et aux interventions en plusieurs temps. Grâce à elle, les récidives sont devenues très rares. Les cicatrices des plaies opératoires sont excellentes et, pour des tumeurs comparables, aussi parfaites que celles obtenues par les rayons X et le radium.

Une technique défectueuse pourrait cependant aboutir à des échecs. Le traitement du cancer par les courants de haute fréquence comporte des règles précises dont il convient de ne pas s'écarter. Les tumeurs des régions riches en lymphatiques comme les lèvres et la langue et celles qui ont une grande tendance à la dissémination comme les nævocarcinomes et les sarcomes exigent de la part de l'opérateur l'observation stricte de ces règles.

(1) Travail du service de M. le professeur agrégé Sézary à l'Hôpital Saint-Louis.

Mais avant d'aborder les questions de technique, étudions la façon dont les cancers de la peau réagissent aux thérapeutiques que nous leur opposons et disons quelques mots des états précancéreux dont le traitement constitue la meilleure prophylaxie du cancer.

*
* *

Les épithéliomas cutanés appartiennent à trois grands types : baso-cellulaire, spino-cellulaire et nævique. Cette classification n'est pas purement histologique, elle répond à des différences d'aspect, d'évolution, et de malignité.

L'*épithélioma baso-cellulaire* est le plus fréquent et le moins grave. Son évolution, très lente, se compte par années et sa malignité reste toujours locale. Il ne donne ni propagations ganglionnaires ni métastases. De tous les cancers de la peau il est le plus radio-sensible, encore qu'un curettage de la lésion soit parfois, comme l'a montré Belot, nécessaire avant l'application des rayons.

Dans les formes de gravité moyenne, les rayons X, le radium et l'électro-chirurgie sont d'une égale efficacité. Dans les formes graves, extrêmement mutilantes, l'électro-chirurgie peut réussir dans des cas où les radiations ont échoué.

A l'épithélioma baso-cellulaire il faut opposer l'*épithélioma spino-cellulaire*. Celui-ci, plus rare sur la peau que le baso-cellulaire est au contraire beaucoup plus commun aux orifices muqueux. Sur la peau, il peut naître en peau saine ou sur une lésion de kératose. Il peut se développer aussi sur une cicatrice de brûlure, de lupus, de radiodermite. Sur les muqueuses il résulte souvent de la dégénérescence d'une plaque leucoplasique. Débutant par une lésion d'apparence insignifiante, il prend assez vite les caractères d'une tumeur qui infiltre les tissus, bourgeonne ou s'ulcère. Il se propage ensuite aux ganglions. Leur cancérisation est assez tardive lorsqu'il s'agit d'une tumeur cutanée, plus rapide quand le néoplasme siège sur une muqueuse.

La propagation aux ganglions a une importance capitale au point de vue thérapeutique.

L'épithélioma spino-cellulaire est moins radio-sensible que l'épithélioma baso-cellulaire. C'est peut-être la raison pour laquelle, le

croyant plus rebelle à toute thérapeutique on a longtemps hésité à le traiter par les courants de haute fréquence.

En ce qui concerne les épithéliomas des muqueuses et des demi-muqueuses, l'électro-chirurgie nous a donné, au stade pré-ganglionnaire, une guérison définitive dans la majorité des cas. Elle présente à ce moment plus de sécurité que la chirurgie sanglante, et peut-être même que la curiethérapie. Il est en effet assez rare d'observer par la suite, après guérison de la lésion primitive, une poussée de masses ganglionnaires. S'il existe une adénopathie, nous pensons que la curiethérapie ou la radiothérapie doivent compléter le traitement électro-chirurgical. Mais alors les chances de guérison sont moindres que lorsqu'il n'existe pas d'adénopathie.

Pour les épithéliomas spino-cellulaires de la peau qui ne se propagent que rarement ou tardivement aux ganglions nous ne pensons pas qu'il soit d'une bonne tactique d'employer d'abord le traitement radiothérapique et de recourir ensuite, en cas d'échec, au traitement électro-chirurgical. Cette manière de procéder peut faire perdre du temps. La tumeur, si elle est radio-résistante, peut subir une poussée évolutive du fait de l'emploi des rayons et les tissus qui l'environnent sont souvent lésés parce qu'on a dû employer des doses considérables. Les rayons X et le radium peuvent alors rendre le traitement électro-chirurgical très difficile, voire même impossible.

Avons-nous intérêt, pour les épithéliomas spino-cellulaires de la peau proprement dite et pour ceux des muqueuses cutanées telle la muqueuse des lèvres à compléter l'acte électro-chirurgical par un traitement radiothérapique ? Nos observations nous ont montré que dans ces cas les rayons X et le radium n'ajoutent rien à la sécurité que donne l'électro-coagulation. Pour notre part nous en jugeons l'emploi inutile.

Enfin n'oublions pas, parmi les épithéliomas spino-cellulaires, l'épithélioma des radiodermites professionnelles ou post-thérapeutiques. Il relève de l'électro-chirurgie pour une double raison : d'une part en temps que spino-cellulaire, d'autre part parce qu'il siège sur des lésions de radiodermite. C'est ainsi que l'électro-chirurgie nous a donné de très beaux résultats dans des épithéliomas extrêmement graves consécutifs à des traitements d'angiomes et de lupus.

L'opposition clinique et histologique entre l'épithélioma baso-

cellulaire et le spino-cellulaire n'est pas toujours aussi tranchée que nous le disons dans cet exposé schématique. Il existe des formes mixtes et de formes intermédiaires à ces deux types. Elles sont très nombreuses. Il faut les considérer au point de vue pratique comme des spino-cellulaires.

L'*épithélioma nævique* ou *nævocarcinome* est le plus grave des cancers de la peau. Il naît d'un nævus, pigmenté ou non. Cette transformation maligne peut résulter d'un traumatisme unique ou répété, parfois d'une faute de thérapeutique.

On ne doit jamais, pour le traitement d'un nævus suspect de dégénérescence, employer le galvanocautère ou le bistouri. Une simple biopsie faite sans précautions peut être néfaste.

Il faut redouter une dégénérescence maligne lorsqu'un nævus s'accroît brusquement, se fissure, s'indure, s'entoure d'une aréole rouge, devient prurigineux. L'évolution d'un nævocarcinome non traité est parfois très rapide. Il se propage aux ganglions plus précocement que l'épithélioma spino-cellulaire et, contrairement aux autres tumeurs de la peau, les métastases cutanées et viscérales ne sont pas rares.

Les nævocarcinomes sont très radio-résistants. L'électrocoagulation est leur traitement de choix ainsi que l'a montré notre regretté maître P. Ravaut, qui, avec M. Ferrand, a le premier utilisé cette méthode pour les tumeurs næviques. Elle est en effet plus maniable que l'électrolyse anciennement employée et a un champ d'action plus étendu. Au stade préganglionnaire du nævocarcinome les interventions larges par électrocoagulation sont suivies le plus souvent de guérison. Au stade ganglionnaire le pronostic est beaucoup plus réservé. On peut voir dans certains cas, comme avec l'électrolyse, les ganglions régresser après électrocoagulation de la tumeur primitive. Toutes les fois que la chose sera possible le curage ganglionnaire devra être fait par électrocoagulation et suivi d'irradiations.

Les cancers de la peau résultent ordinairement de la transformation maligne de lésions primitivement anodines. C'est ainsi que la kératose dite sénile peut être le point de départ d'épithéliomas baso-cellulaires, parfois aussi spino-cellulaires ou métatypiques. La leucoplasie est le substratum habituel d'épithéliomas spino-cellulaires des muqueuses et des demi-muqueuses. Les nævocarcinomes

dérivent de nævi pigmentaires ou de nævi cellulaires. Parmi les états pré-cancéreux mentionnons encore l'érythroplasie des muqueuses qui donne naissance à des épithéliomas spino-cellulaires envahissants avec emprise précoce des ganglions et les dyskératoses : maladie de Bowen et de Paget, qui peuvent aboutir plus ou moins rapidement au cancer.

Le traitement de ces diverses lésions constitue la seule prophylaxie efficace que nous puissions opposer au cancer.

Les kératoses séniles relèvent de la cryothérapie, de l'électrocoagulation ou des radiations. Le meilleur traitement de la leucoplasie est indiscutablement l'électrocoagulation, même chez les syphilitiques, car le traitement spécifique a peu d'action sur elle. Quant aux nævi, qui sont extrêmement radiorésistants, on doit les traiter uniquement par l'électrocoagulation ou par l'électrolyse.

Après les épithéliomas nous ne ferons que citer les *sarcomes*. Ils sont beaucoup plus rares. Ils ont à peu de chose près la gravité des nævocarcinomes : leur traitement est le même.

*
* *

En chirurgie du cancer, la préférence doit aller aux méthodes qui réduisent au minimum les risques de greffe et d'essaimage.

La haute fréquence, par des effets qui lui sont propres : coagulation massive des tissus néoplasiques, blocage immédiat des vaisseaux lymphatiques et sanguins, dissection et curettage « à sec », remplit ces conditions.

Elle permet une chirurgie non sanglante, profondément différente de la chirurgie ordinaire et dont nous allons maintenant exposer les principes.

Les effets sur les tissus des courants employés en électro-chirurgie, se ramènent, on le sait, à deux types : coagulation et section.

Etudions d'abord la coagulation.

Elle s'obtient exclusivement avec les courants d'intensité des appareils à éclateurs (appareils à ondes amorties). L'électrode active (pointe d'aiguille, petite boule) étant en contact avec la zone à coaguler, la chaleur qui se dégage autour de son extrémité porte les albumines tissulaires à leur température de coagulation (70°). A ce moment, les tissus changent de couleur et blanchissent. Si le cou-

rant passe plus longtemps on assiste à leur ébullition. Ensuite ils se dessèchent, collent à l'électrode et se carbonisent. Une bonne coagulation ne doit d'ailleurs pas atteindre ce stade.

Les tissus coagulés forment une escarre. Celle-ci, abandonnée à elle-même, s'élimine au bout de quelques jours. La plaie qui résulte de la chute de l'escarre se répare ensuite rapidement.

Telle est la coagulation. C'est elle qui joue le rôle le plus important dans l'électro-chirurgie des tumeurs malignes.

Ce procédé n'a rien d'aveugle, contrairement à l'opinion de certains auteurs qui ne paraissent pas avoir une idée très exacte de cette méthode. Il est toujours possible de régler très exactement l'importance de la destruction à opérer. Il suffit de coaguler plan par plan, c'est-à-dire à mesure qu'on avance en profondeur, de détacher à la curette les parties qui viennent d'être coagulées. Si le réglage de coagulation est bon, l'escarre se détache très aisément.

Cette manière de faire présente de nombreux avantages.

Elle facilite les interventions dans les régions les plus dangereuses, au bord libre des paupières, par exemple, ou au voisinage des paquets vasculo-nerveux, sans que l'on ait à redouter de délabrements imprévus (1). Elle permet à l'opérateur de s'assurer avec certitude qu'une tumeur volumineuse et adhérente a bien été intégralement détruite. Les tissus cancéreux coagulés se détachent avec la curette sans aucune difficulté. Les zones qui, après coagulation, restent friables et hémorragiques doivent être tenues pour suspectes. Il faut les coaguler à nouveau et procéder ensuite à un nouveau curettage. On répétera cette manœuvre jusqu'à ce qu'on ait trouvé partout le plan résistant des tissus sains qu'on coagulera légèrement.

Le fond de la plaie opératoire ayant été ainsi vérifié en tous points et les zones douteuses détruites, l'opération est terminée. A ce moment la circulation lymphatique se trouve bloquée et les échanges sont momentanément supprimés entre la plaie opératoire et les tissus non coagulés.

(1) En effet au cours d'une électro-coagulation, ce sont les tissus de néoformation, qu'il s'agisse d'une tumeur bénigne ou d'une tumeur maligne, qui sont le plus facilement coagulés. Les tissus normaux, tissus adultes, résistent davantage. La haute fréquence fait ainsi une sélection entre les parties à détruire et les parties à respecter et elle crée des plans de clivage à la limite des zones malades et des zones saines.

Telle est à notre avis la méthode d'électro-coagulation la plus rationnelle.

Son dernier avantage est la suppression presque complète de l'escarre puisqu'au cours de l'intervention on a enlevé à la curette la plus grande partie des tissus qui devaient la former. De cette façon les plaies sont toujours nettes et leur évolution considérablement simplifiée.

*
* *

Etudions maintenant la section des tissus par les courants de haute fréquence.

L'effet de la section s'obtient de trois façons :

— La première consiste à utiliser les courants à ondes entretenues des appareils à lampes : section par ondes entretenues.

— La seconde à employer les courants à ondes semi-entretenues d'appareils à éclateurs spécialement établis pour cet effet : section par ondes semi-entretenues.

— La troisième, moins connue, consiste à se servir du courant à ondes amorties d'un appareil à éclateur réglé de la façon suivante : intensité forte, éclateur serré, électrode constituée par une aiguille fine. Cette « section par ondes amorties » si l'on peut se permettre d'associer deux termes contradictoires, rend les plus grands services dans la chirurgie du cancer.

Les appareils à lampes donnent une coupe aussi parfaite que celle du bistouri chirurgical ordinaire, mais les risques de greffe et d'essaimage de cellules cancéreuses sont aussi grands. En chirurgie du cancer il ne faut pas simplement couper, c'est-à-dire risquer d'ouvrir des travées cancéreuses et des vaisseaux lymphatiques ou sanguins. Il faut pouvoir, en même temps qu'on sectionne, coaguler la tranche de section. On proscrira donc les appareils uniquement à lampes.

Pour obtenir la coupe et la coagulation combinées on doit utiliser un des deux types d'appareils suivants :

Soit un appareil mixte (à lampe et à éclateur), monté de façon à permettre, par l'emploi simultané de la lampe et de l'éclateur, la superposition de l'effet de section des ondes entretenues et de l'effet de coagulation des ondes amorties.



Photo Schaller. Hôpital Saint-Louis.

Fig. 1. — Epithélioma baso-cellulaire (forme bourgeonnante). Dissection aux ondes semi-entretenues. Electrocoagulation du fond et des bords de la plaie opératoire.



Photo Schaller. Hôpital Saint-Louis.

Fig. 2. — Epithélioma baso-cellulaire de l'angle interne de la paupière inférieure. Dissection aux ondes semi-entretenues. Cicatrice linéaire spontanée.

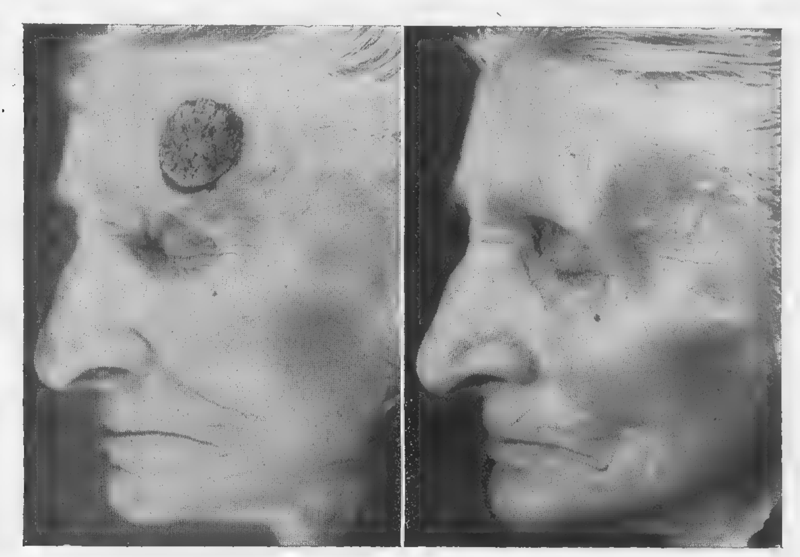


Photo SCHALLER. Hôpital Saint-Louis.

Fig. 3. — Epithélioma spino-cellulaire du front.
Dissection aux ondes amorties.
Electrocoagulation du fond et des bords de la plaie opératoire.



Photo SCHALLER. Hôpital Saint-Louis.

Fig. 4. — Epithélioma spino-cellulaire revêtant la forme d'une corne cutanée.
Dissection aux ondes amorties. Electrocoagulation du fond et des bords de la plaie.



Photo SCHALLER. Hôpital Saint-Louis.

Fig. 5. — Epithélioma intermédiaire de la région angulo-maxillaire. Dissection aux ondes amorties. Electrocoagulation des bords et du fond de la plaie opératoire. Résorption de la cicatrice et affrontement consécutif des lèvres de l'incision primitive.

— Soit un appareil dont l'éclateur est construit en vue de donner une gamme étendue de réglages allant de la section par ondes semi-entretenues à la section et à la coagulation par ondes amorties.

Ces deux types d'appareils se valent. L'essentiel est d'observer la règle suivante : la coagulation de la tranche de section doit être d'autant plus importante qu'on opère sur une tumeur dont la nature est plus maligne et sur des tissus plus riches en lymphatiques.

Lorqu'on s'attache, comme nous le faisons, à coaguler plus qu'à couper, la dissection est moins fine qu'avec le bistouri ordinaire. Elle est très suffisante pour aller à la recherche des plans de clivage, s'ils existent, et pour isoler les paquets vasculo-nerveux.

Au cours des interventions, l'hémorragie en nappe est supprimée. Seuls les vaisseaux importants saignent. Leur hémostase est assurée de façon instantanée soit par coagulation directe soit par coagulation sur pince de Kocher, ce qui supprime les ligatures et simplifie les interventions. Il faut toujours vérifier, en cherchant à la détacher avec une curette, la solidité de l'escarre de coagulation





Photo SCHALLER. Hôpital Saint-Louis.

Fig. 6. — Epithélioma intermédiaire du front. Dissection aux ondes entretenues. Electrocoagulation du fond et des bords de la plaie opératoire. Réunion linéaire spontanée des lèvres de la plaie opératoire.

d'un vaisseau, afin d'éliminer les risques d'hémorragie secondaire résultant de la chute prématurée d'une escarre trop carbonisée et par conséquent friable et non adhérente.

Lorsque la tumeur et la région sur laquelle elle siège (lèvre, langue) se prêtent à la technique que nous allons décrire, il y a avantage à pratiquer « l'ablation par section et coagulation combinée sur pinces de Kocher ». On isole d'abord la tumeur des tissus sains au moyen de deux pinces de Kocher disposées en V. On enlève ensuite la tumeur par une section le long des pinces de Kocher avec un courant à ondes amorties. Les pinces restant encore



Photo SCHALLER. Hôpital Saint-Louis.

Fig. 7. — Epithélioma intermédiaire de la racine du nez. — 1. Avant opération. — 2. Après opération. — 3. 18 mois après. Dissection aux ondes semi-entretenues suivie d'électrocoagulation des bords et du fond de la plaie opératoire.

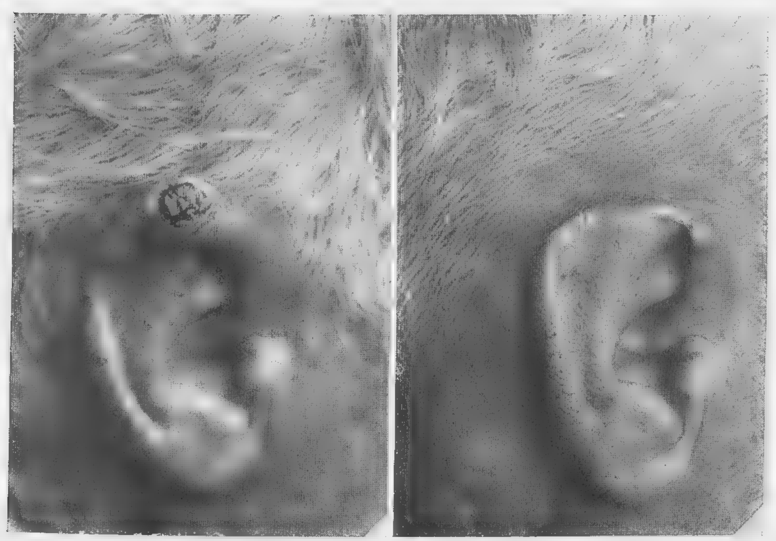


Photo SCHALLER. Hôpital Saint-Louis.

Fig. 8. — Epithélioma spino-cellulaire atypique du pavillon de l'oreille ayant nécessité la résection d'une partie du cartilage.



Photo SCHALLER. Hôpital Saint-Louis.

Fig. 9. — Epithélioma mixte de la lèvre supérieure. Dissection aux ondes amorties. Réunion secondaire spontanée des lèvres de la plaie opératoire.



Photo SCHALLER. Hôpital Saint-Louis.

Fig. 10. — Epithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure. Section-coagulation sur pinces de Kocher en V (Ondes amorties).



Photo SCHALLER. Hôpital Saint-Louis.

Fig. 11. — Epithélioma spino-cellulaire à globes cornés de la lèvre inférieure. Section-coagulation sur pinces de Kocher (Ondes amorties).



Photo SCHALLER. Hôpital Saint-Louis.

Fig. 12. — Epithélioma spino-cellulaire 25 ans après application de rayons X pour angiome. Dissection aux ondes amorties. Etincelage des gaines tendineuses. Coagulation-curettage des espaces intertendineux.

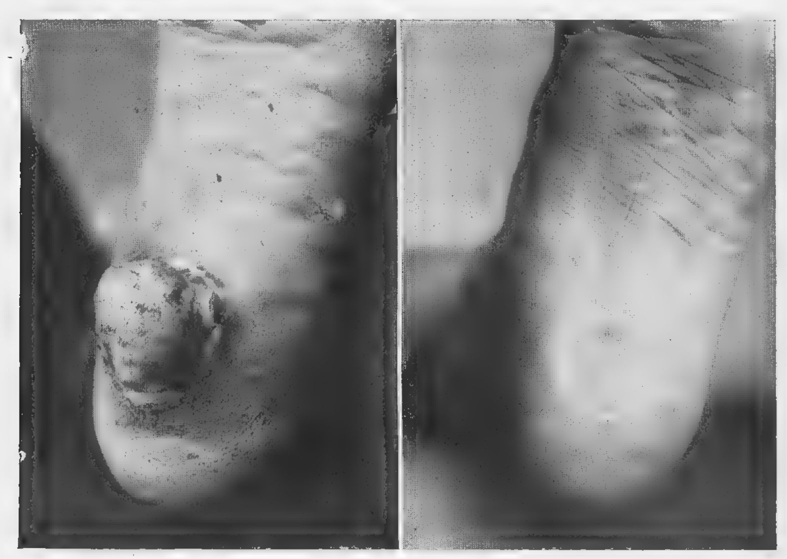


Photo SCHALLER. Hôpital Saint-Louis.

Fig. 13. — Epithélioma nævique du talon. Forme pseudo-botryomycosique de Ferrand et Dobkevitch. — Histologiquement mélanome achromique. Dissection aux ondes amorties. Electrocoagulation du fond et des bords de la plaie opératoire.



Photo SCHALLER. Hôpital Saint-Louis.

Fig. 14. — Mélanome en voie d'extension rapide.
Electrocoagulation suivie de curettage.
Réunion linéaire spontanée des lèvres de la plaie opératoire.

en place, on les prend dans un dernier temps comme électrodes et on fait passer par elles un courant d'intensité très fort, qui achève de coaguler la tranche de section.

Ce procédé, qui permet d'opérer les cancers des lèvres et certaines tumeurs de la langue sans qu'apparaisse une seule goutte de sang, donne, à notre avis, une très grande sécurité quant aux résultats éloignés des interventions.

*
* *

Les courants de haute fréquence à ondes semi-entretenues ou amorties que nous employons ne permettent pas, en raison de leur effet coagulant, la suture des plaies opératoires. Les essais de réunion par première intention seraient voués à des échecs. Nous verrons plus loin, pour quelle autre raison, on n'a pas intérêt à suturer.

Pour les tumeurs volumineuses, dont l'ablation a nécessité un vaste délabrement, la cicatrisation se fait en un temps parfois un peu long, un mois, un mois et demi, par exemple, mais toujours dans de bonnes conditions. Les cicatrices sont peu rétractiles et nous avons été rarement obligés de recourir à des opérations plastiques. Pour les tumeurs de dimensions moyennes, que nous enlevons habituellement par dissection au bistouri électrique suivie d'électrocoagulation du fond de la plaie opératoire, la cicatrisation demande trois semaines. Si on a eu soin d'orienter correctement les lignes d'incision par rapport aux lignes de traction cutanée, on assiste ultérieurement au phénomène suivant : après épidermisation du fond de la plaie, la cicatrice progressivement se résorbe. Les lèvres de l'incision primitive se rapprochent, puis s'affrontent de manière à former secondairement une cicatrice linéaire aussi nette que celle de la suture primitive la mieux faite. Les photographies jointes à ce travail donnent quelques exemples de ce mode de cicatrisation.

Pour les tumeurs de petites dimensions opérées par coagulation simple suivie de curetage, la cicatrisation se fait en dix à quinze jours. Le résultat esthétique vaut celui des radiations et les cicatrices deviennent, avec le temps, invisibles.

Nous n'avons pas noté, chez les sujets âgés (90, 95 ans) que la cicatrisation fût plus lente que chez les sujets jeunes. La laxité de

la peau sénile favorise même la formation de cicatrices très peu visibles.

Notons que l'absence habituelle de choc opératoire, rend l'électro-chirurgie bénigne même chez les malades très âgés.

*
* *

Dans la conduite du traitement du cancer, l'anatomie pathologique joue un rôle considérable qu'il nous faut maintenant exposer.

Dans les cas où le diagnostic clinique est incertain, une biopsie pré-opératoire est nécessaire. Celle-ci peut être faite au bistouri électrique à ondes entretenues, mais doit alors être suivie d'une électrocoagulation du point sur lequel elle a porté si la tumeur est présumée très maligne ou siège dans une région riche en lymphatiques.

Lorsque le diagnostic clinique est évident et aussi dans les cas de présomption sérieuse en faveur de tumeurs dont les facultés de dissémination sont grandes comme les sarcomes et les tumeurs næviques, nous préférons nous abstenir de biopsie pré-opératoire.

Quand la chose est possible, l'opération consiste à prélever en un seul bloc la tumeur et une marge d'environ 1/2 à 1 centimètre de tissu présumé sain. Nous pouvons ainsi en faire une étude qui n'est pas sans intérêt pour la direction du traitement. Les coupes, orientées suivant les différents axes de la tumeur, vont nous renseigner sur deux points importants : le type histologique du néoplasme et les rapports de ses zones périphériques avec les tissus sains.

Si le microscope décèle une tumeur d'une grande malignité, la surveillance post-opératoire sera particulièrement sévère. Si les tissus prélevés sont totalement envahis par la tumenr, on fera une nouvelle coagulation des zones sur lesquelles la première intervention est présumée insuffisante.

L'étude histologique des plaies opératoires pendant leur cicatrisation prend dans ces cas une importance considérable. Il ne faut laisser cicatriser que des plaies de bon aloi. Tout bourgeon suspect doit être prélevé et soumis au contrôle microscopique. Le plus souvent, on constate qu'il s'agit d'un simple tissu de granulation. Si les bourgeons charnus deviennent trop exubérants, ce qui est fréquent, il faut les cautériser au crayon de nitrate d'argent car ils

arrêteraient le processus de cicatrisation. Lorsque la biopsie montre la persistance, en quelques endroits, de tissus cancéreux, on procède par électro-coagulation à un nettoyage minutieux des zones de cancer ainsi révélées.

On peut être amené à retoucher plusieurs fois une plaie avant de la laisser complètement cicatriser. Les courants de Haute Fréquence se prêtent en effet très bien à ces révisions et à ces interventions en plusieurs temps, contrairement à la chirurgie sanglante et aux radiations qui, à doses insuffisantes et répétées, peuvent exciter la malignité des tumeurs. Bien plus, dans des cas de cancers étendus, destinés finalement à guérir par électro-coagulation en plusieurs temps, les biopsies de bourgeons cancéreux prélevés au fur à mesure de leur apparition sur la plaie opératoire, nous ont montré parfois que la tumeur semblait progressivement perdre de sa malignité et qu'elle se modifiait dans son architecture et dans sa cytologie.

C'est du contrôle histologique de l'opération et de ses suites que dépend, à notre avis, l'extrême rareté des récidives avec la méthode que nous venons d'exposer. Ces récidives, si elles se produisent, relèvent du même traitement que la tumeur initiale et, dépistées à temps par une surveillance attentive du malade, ne nécessitent ordinairement que de minimes interventions.

*
* *

Malgré notre désir d'être bref, nous ne pouvons passer sous silence une question aussi importante que celle de l'anesthésie.

Pour des tumeurs de petite dimension et de malignité restreinte nous employons l'anesthésie locale par simple infiltration des tissus sous-jacents à la tumeur au moyen d'une solution anesthésique. C'est une erreur de croire que cette infiltration modifie la conductibilité électrique des tissus et gêne l'intervention. On a intérêt à utiliser des solutions d'un taux de concentration élevé. Ce sont les solutions de novocaïne à 5 o/o additionnée d'adrénaline qui donnent en chirurgie électrique les meilleures anesthésies. Leur emploi ne nous a jamais donné d'accident.

Pour les tumeurs très malignes, spino-cellulaires, naevocarcinomes, l'anesthésie tronculaire et l'anesthésie régionale doivent être préférées à l'anesthésie locale qui risquerait de provoquer des disséminations.

Si la tumeur, volumineuse et adhérente, nécessite une intervention importante, l'anesthésie générale est préférable. L'éther et le chlorure d'éthyle sont à éviter en raison de leur inflammabilité. Le protoxyde d'azote permet d'excellentes anesthésies et ne présente pas les dangers du chloroforme.

*
* *

Entrer dans les détails propres à chacun des cas particuliers sortirait du cadre de cette longue étude. Nous avons préféré insister sur les directives générales et montrer ce qu'elles apportaient d'original et d'intéressant en chirurgie du cancer : simplicité des interventions quel que soit le siège et le volume du cancer, opérations non sanglantes, blocage des voies de propagation, contrôle histologique à toutes les phases du traitement.

La rareté extrême des récidives, la possibilité de réintervenir, le caractère esthétique des cicatrices et la guérison définitive dans la majorité des cas, tels sont pour conclure, les avantages de l'électrochirurgie dans le traitement des tumeurs malignes de la peau.

Casa de Salud Valdecilla. Santander. Instituto medico de Postgraduados,
Servicio de dermatologia y sifiliografia.
Jefe, Dr. A. Navarro Martin.

ÉTUDE DU MÉCANISME DE L'ACTION DE L'INTRADERMOPROTEINOTHÉRAPIE DANS LA PELADE

Par Ceferino Aguilera MARURI
Médecin de la prophylaxie publique des maladies vénériennes et syphilitiques (Espagne).

Le traitement intradermique de la pelade par les lactoprotéines dont nous nous sommes occcupé dans *Medicina Ibera* en 1931, a été employé pour la première fois par Djoritch qui, dans un nombre de cas très réduit (trois cas), obtint des résultats remarquables.

L'intradermoprotéinothérapie, employée précédemment dans des cas de dermatite aiguë de la face, produisit des effets bienfaisants.

Mestcherski, utilise les lactoprotéines sous-cutanées *in loco* dans son traitement de l'alopécie séborrhéique.

Djoritch, dans son travail sur ce nouveau traitement thérapeutique de la pelade aussi bien que Mestchersky dans son travail sur la calvitie séborrhéique, ne s'expliquent l'action bienfaisante de ce traitement que par une action irritante locale.

Dans les premiers cas que nous avons communiqués, nous avons signalé le fait que chez plusieurs malades, les bienfaits obtenus par cette thérapeutique ne se limitent pas exclusivement aux plaques alopéciques injectées, mais que la renaissance pilaire peut avoir lieu parallèlement dans d'autres plaques n'ayant subi aucun traitement. Ce fait, dont nous ne donnons aucune interprétation dans notre travail, nous a servi pour établir *in mente*, l'hypothèse que l'injection intra-cutanée de protéines étrangères doit avoir une action générale favorable autre que l'action irritante locale signalée par Djoritch. Postérieurement à notre travail, Enterria communiqua les résultats obtenus par cette thérapeutique dans douze cas, il se

posa en défenseur de cette nouvelle méthode de combattre l'alopécie en aires. Mais, il fait remarquer dans son travail, que contrairement à ce que nous avons signalé, il ne constate aucune amélioration dans les plaques qui n'ont pas subi de traitement direct.

Reiss, de Cracovie, publie en mai 1931, dans la *Polska Gazeta Lekarska* et en 1932 dans *Acta-Dermato-Venereologica* les résultats obtenus par la méthode « Djoritch » dans la pelade. Traitant 19 malades il obtient en peu de temps des résultats thérapeutiques positifs évidents sur 13 d'entre eux. La technique employée par Reiss diffère de la technique employée par Djoritch et par nous en ce que cet auteur emploie du lait chaud au lieu de lait froid, pour ses injections.

« L'action du traitement par le lait, dit Reiss, est surtout locale ; l'injection du liquide dans le derme provoque une hyperhémie locale suivie d'une petite réaction inflammatoire ; en outre l'action de ce remède ne tarde pas à pénétrer les parties les plus profondes du derme où il a été injecté. Son action est, par conséquent, une action mécanique, chimique et thermique ».

Quoique cet auteur reconnaisse une importance prépondérante au facteur local, il admet une action stimulante générale et propose la dénomination de « protéino-thérapie locale » pour désigner cette action coordonnée.

Il explique que ce stimulant est, simplement, une espèce de réabsorption, par l'organisme, du « remède albuminique » qui produit une action stimulante reflétée par l'intermédiaire du système nerveux.

De sorte que, quoique « l'injection intradermique soit appliquée assez loin de la plaque, elle peut produire un certain effet thérapeutique ».

Salvador Gallardo qui emploie ce procédé médical sur huit malades, n'obtenant pas de résultats favorables par l'injection intradermique d'autres liquides (sérum physiologique, eau distillée), se demande s'il ne faudrait pas admettre une action protéinique spécifique renforcée par un effet purement mécanique qui semble présider à l'intradermo-injection. Il compte pouvoir répondre à cette question lorsqu'il aura constaté que d'autres substances médicamenteuses produisent le même effet bienfaisant dans la pelade.

Pereiro et Carreró Cuesta qui ont essayé l'intradermoprotéinothé-

rapie dans le traitement de la pelade, ne donnent aucune interprétation pathogénique sur la façon dont agirait la médication, et n'y voient qu'une action irritante locale.

N'étant pas d'accord avec l'hypothèse simpliste émise par Djoritch, qui pense que les piqûres intradermiques de lait dans la pelade, n'agissent que par leur action irritante locale, nous entreprenons l'étude des modifications qui pourraient se produire dans le métabolisme basal de nos malades.

Plusieurs auteurs avaient précédemment étudié l'action immédiate sur le métabolisme des injections intradermiques, chez des sujets sains, ou malades de diverses affections ; mais, parmi celles-ci, la pelade n'avait pas été mise en cause.

Ainsi, Löwenstein étudie l'influence des injections intradermiques dans le métabolisme basal, et prouve que, 5 à 10 minutes après leur application, il se produit une baisse considérable du carbonique dépensé, baisse qui peut durer jusqu'à trois heures. Ce résultat ne serait pas en contradiction d'après Löwenstein, avec la théorie des réactions déjà connues se produisant après la piqûre intradermique, mais on pourrait même l'y comprendre. Par contre, Wollmer avait déjà démontré une élévation du métabolisme lorsque l'injection est sous-cutanée, ainsi qu'une tendance à l'alcalose signalée par Jalin et Sturen.

Cette élévation, dont le niveau et la durée dépendent du produit et de la quantité injectés, est suivie d'une baisse selon les deux phases évolutives décrites par Hoff. Il n'en est pas de même dans la baisse du carbonique dépensé lorsque la piqûre est intradermique, car il est alors indifférent que la substance injectée soit de l'eau distillée, une solution saline, une solution de normosal, ou tout simplement la piqûre sans injection consécutive.

L'action des injections intradermiques d'un corps excitant sur le métabolisme montre une certaine ressemblance avec la baisse de celui-ci après l'injection de sang du malade ou d'un sang étranger.

Hocker et Meyer, injectant de 20 à 30 cc. de sang humain, remarquèrent une paralysie des échanges contrairement à l'action élévatrice des protéines étrangères.

Par conséquent, d'après Löwenstein, de puissants facteurs inter-

viendraient dans l'action des injections intradermiques, soit : 1° Le processus réflexe dans le système végétatif par l'irritation de la piqûre et du liquide injecté. 2° La formation d'histamine par la destruction des cellules cutanées dont la quantité dépend de l'importance et de la qualité de l'irritation.

Never, à l'Institut physiologique de l'Hôpital Général Eppendorf (Hambourg), réalise ses expériences en faisant une injection intradermique d'Aolan, de solution de peptone au 1 o/o et de solution saline physiologique. Il examina le métabolisme de base chez quatre sujets sains, puis leur fit des piqûres de 0,1 cc. de chacune de ces substances, isolément. Il remarqua chez trois d'entre eux une légère élévation et chez le quatrième une forte élévation du métabolisme organique, en contradiction avec les résultats obtenus par Löwenstein. Never tâche d'expliquer cette augmentation de carbonique dépensé soit parce que la douleur produite par les piqûres en serait cause ou bien on peut penser, avec E. F. Müller, que l'injection intradermique provoque une émigration du sang vers les organes centraux, et y produit peut-être une élévation de l'oxydation.

Crecelius qui répète ces expériences dans 63 cas n'est d'accord ni avec Löwenstein ni avec Never puisque, parfois, le métabolisme augmente, et que d'autres fois il diminue.

L'existence d'une distonie du système endocrino-sympathique, chez les malades atteints de pelade, étant admise comme hypothèse de travail, nous avons voulu vérifier les altérations produites dans le dit système par la piqûre intradermique de protéines étrangères dans les plaques alopéciques.

Nous avons pour cela divisé nos recherches en deux parties.

Dans la première, nous étudions l'action de l'injection des protéines lactées, après 15 minutes et après 40 minutes sur le métabolisme organique.

Dans la deuxième partie nous voyons les modifications subies par le métabolisme après plusieurs piqûres, en rapport avec l'état du malade.

La technique utilisée est la suivante : après avoir observé le métabolisme chez un malade, on lui injecte 0 cc. 1 ou 0 cc. 2 de protéines lactées (lait), rigoureusement intradermiques, dans une des

plaques de pelade; le malade observe un repos absolu, puis on répète l'expérience 15 et 40 minutes plus tard.

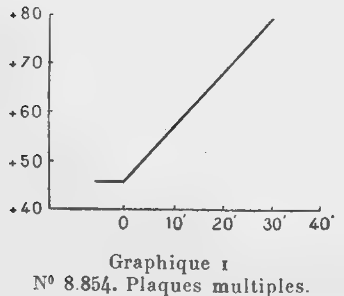
Les résultats obtenus se voient dans les tableaux publiés ci-après :

Tableau I

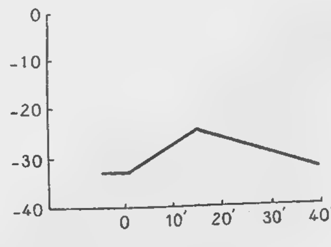
Métabolisme basal exposé en série 15' et 40' après la piqûre intradermique de 0,1 cc. de lait dans la plaque de pelade.

Métabolismes en hausse 15 minutes après la piqûre.				
N° de l'observation	Diagnostic	Métabol. basal	15'	40'
8 326	Plaque unique	± 0	+ 22	+ 5
8.854	Plaques multiples	+ 45	+ 62	+ 78
13.331	Pelade totale	+ 5	+ 12	+ 12
14.623	Plaque unique	± 0	+ 10	+ 4
14.848	Pelade totale	+ 20	+ 32	+ 17
17 047	Plaque unique	— 11	± 0	— 5
17.776	Plaques multiples	+ 10	+ 15	+ 18
18 636	» »	— 34	— 24	— 32
21 256	» »	— 27	— 10	— 14
23.322	» »	+ 4	+ 11	— 1
22.781	» »	+ 4	+ 6	+ 6
23.849	» »	+ 19	+ 24	+ 32
24.454	Plaque unique	— 17	— 12	— 17

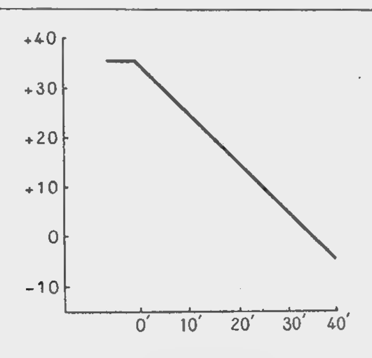
Ce résultat s'obtient aussi bien chez les malades qui ont un métabolisme initial élevé que chez ceux qui ont un métabolisme initial bas ; graphique 1 et 2.



Graphique 1
N° 8.854. Plaques multiples.



Graphique 2.
N° 18.636. Plaques multiples.



Graphique 3.
N° 17.652. Plaque unique.

Tableau II

Métabolisme basal exposé en série 15' et 40' après une injection intradermique de 0,1 cc. de lait dans la plaque de la pelade.

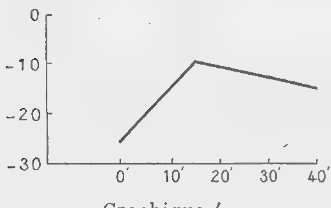
Métabolismes descendants.				
N° de l'observation	Diagnostic	Métabol. basal	15'	40'
1.808	Pelade marginale	+ 27	+ 16	+ 16
5.290	Pelade totale	+ 32	+ 22	+ 17
11.101	Plaque unique	+ 55	+ 47	+ 56
17.652	» »	+ 35	+ 23	— 4
21.256	Plaques multiples	— 4	— 12	— 14
21.795	» »	— 7	— 14	— 17
25.602	Centrales et marginales	— 6	— 12	+ 1
27.004	Plaque unique	+ 16	+ 14	+ 4
27.769	» »	— 1	— 12	+ 4
M. Queron	Marginale	+ 8	— 8	+ 5
M. Arco	»	+ 69	+ 48	+ 62

Tableau III

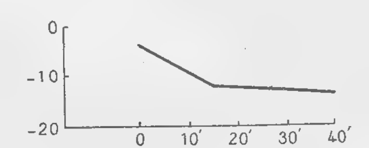
Métabolisme basal de la pelade qui ne subit pas d'altération 15 minutes après la piqûre intradermique.

N° de l'observation	Diagnostic	Métabol. basal	15'	40'
18.024	Plaque unique	— 6	— 6	— 9
18.421	» »	+ 24	+ 24	+ 19
23.896	» »	+ 3	+ 3	+ 14

Cette étude a été faite sur 26 malades atteints de pelade. Pour l'un d'eux, le numéro 21526, elle a été faite au début du traitement et après la guérison. Graphique 4 et 5.



Graphique 4.
N° 21.256. Plaques multiples.
Au début du traitement.

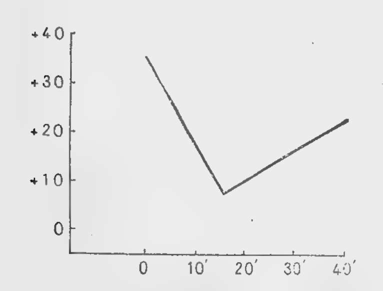


Graphique 5.
N° 21.255. Plaques multiples.
Après la guérison.

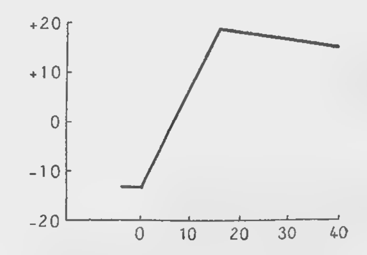
Nous avons réalisé en même temps cette évaluation métabolique dans d'autres maladies.

TABLEAU IV

N° de l'observation	Diagnostic	Métabol. basal	15'	40'
9.398	Lues latentes	+ 32	+ 28	+ 27
10.459	Erythrocyanose supra-malléolaire	+ 17	+ 11	+ 11
10.579	Erythème induré	+ 35	+ 7	+ 22
18.200	Vitiligo	+ 16	+ 23	— 5
V. de la Iglesia	Eczéma et urticaire	— 14	+ 19	+ 16



Graphique 6.
N° 17.579. Erythème induré de Bazin.

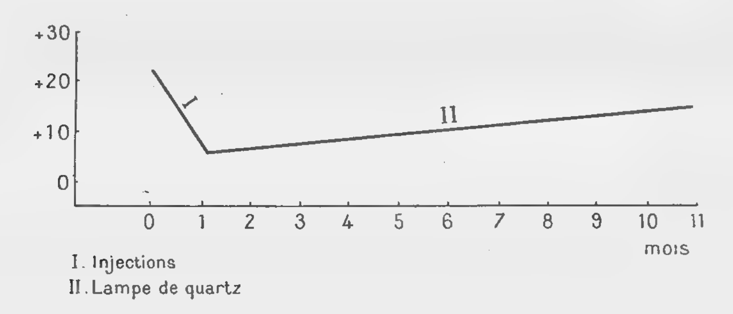


Graphique 7.
Eczéma et urticaire chronique.
V. de la Iglesia.

Comme le démontre cette étude, nos recherches ne coïncident ni avec les résultats obtenus par Löwenstein, ni avec les résultats obtenus par Never mais bien avec ceux de Crecelius.

	Elévation				Baisse			
Cas	15	o/o	40	o/o	15	o/o	40	o/o
—	—	—	—	—	—	—	—	—
29	15	51,8	14	48,2	14	48,2	14	48,2

Dans la seconde partie de notre travail, nous fixons une nouvelle mesure de métabolisme basal lorsque le malade est guéri ou lorsqu'il y a une franche amélioration. Dans d'autres cas, comme cela est



Graphique 8.
N° 7.516. Plaques multiples.

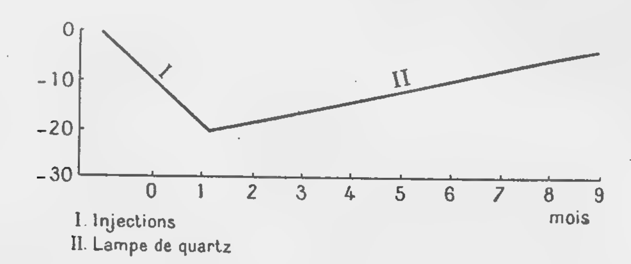
arrivé pour les numéros 7430, 3771, 7516, l'état des malades s'aggrave de la deuxième à la huitième piqûre et cela d'une façon si claire que le métabolisme se répète chez eux, entre les piqûres en question et après avoir obtenu une guérison complète.

Comme on peut le constater d'après les schémas correspondants à ces trois cas, l'aggravation clinique coïncide avec une baisse flagrante du métabolisme. Après la guérison obtenue pour deux d'entre eux par les rayons ultra-violets, et pour le troisième par la continuation du traitement intradermique, on constate chez les trois malades une hausse métabolimétrique. Graphiques 8, 9 et 10.

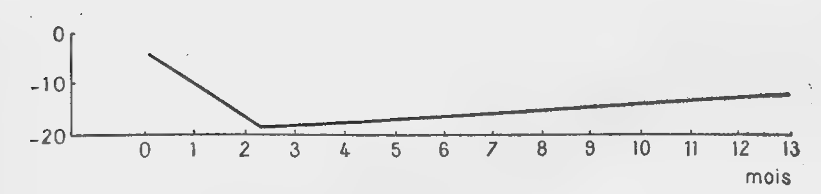
De même nous avons répété l'analyse métabolimétrique chez d'autres malades lorsque, après un certain temps, généralement assez long, nous ne voyions aucune modification de l'alopécie.

Parmi ces cas, nous en citerons un hautement concluant. Le

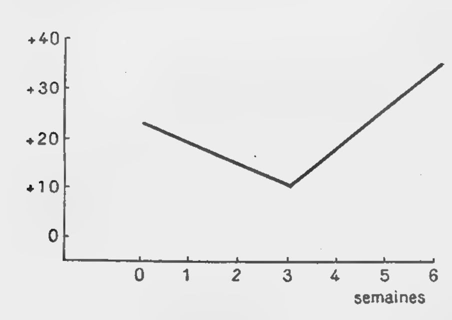
cas 17.652, ayant un métabolisme assez élevé (+ 23) au début du traitement. Après lui avoir fait sept piqûres qui n'eurent aucun effet sur sa pelade, on répéta l'analyse qui donna une baisse consi-



Graphique 9.
N° 3.371. Plaques multiples.



Graphique 10.
N° 7.730. Marginales.



Graphique 11.
N° 17.652. Plaques multiples.

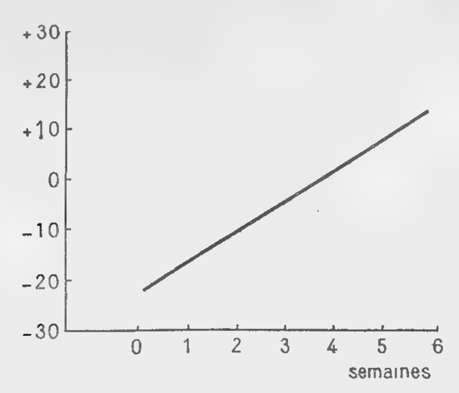
dérable (+ 10) ; on continua le traitement, et six semaines plus tard, on nota chez le malade une brusque amélioration. L'analyse fut répétée et donna un métabolisme de + 35. Graphique 11.

TABLEAU V

Métabolisme basal répété après plusieurs piqûres intradermiques de lait et cas où existent des altérations supérieures à 10 unités métaboliques.

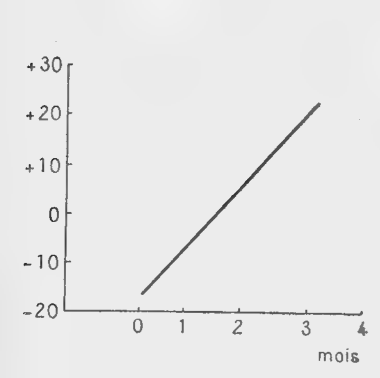
Nº de l'observation	Diagnostic	Métabol. basal	Nombre de piqûres	Métabol. basal	Résultat
1 030	Pelade totale	— 9	20	— 27	Nul
18.421	Plaque du sourcil	— 21	6	+ 24	Guéri
7.171	Plaques multiples	— 12	8	+ 35	Nul
8.854	» »	+ 30	18	+ 45	Guéri
1.886	Plaques marginales	+ 16	14	+ 24	»
16 636	Plaque unique	+ 16	12	— 34	Aggravé
17.776	» »	+ 26	12	+ 10	Nul
18.848	Pelade totale	+ 48	19	+ 20	Guéri
5.290	» »	— 4	9	+ 32	Nul
13.375	Plaques multiples	— 4	15	— 37	Nul
17 652	» »	+ 23	7	+ 10	Nul
»	» »	+ 10	7	+ 35	Amélioré
7 430	Marginales	— 4	6	+ 19	Aggravé
»	»	— 19	5	— 12	Amélioré
3.371	Plaques multiples	— 5	7	— 15	Aggravé
»	» »	— 15	Lampe	± 0	Guéri
7.516	» »	+ 22	5	+ 5	Aggravé
»	» »	+ 5	Lampe	+ 14	Guéri
7.712	» »	+ 2	5	+ 15	»
21.256	» »	— 27	7	— 4	»
3.122	» »	+ 7	3	+ 18	»

D'après les schémas suivants, on peut clairement suivre la marche ascendante du métabolisme dans quelques-uns des cas guéris. Graphique 12 et 13.

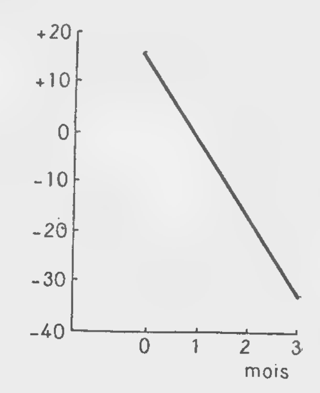


Graphique 12.
Nº 18.421. Plaque du sourcil.

Sur ce graphique on peut constater la baisse considérable du métabolisme dans un des cas d'aggravation. Graphique 14.



Graphique 13.
N° 1.886. Plaques marginales.



Graphique 14.
N° 16.636. Plaque unique.

TABLEAU VI

Métabolisme basal répété après plusieurs piqûres intradermiques de lait et cas où se présentent des altérations inférieures à 10 unités métaboliques.

N° de l'observation	Diagnostic	Métabol. basal	Nombre de piqûres	Métabol. basal	Résultat
10.012	Plaque unique	— 3	7	— 9	Guéri
452	Plaques multiples	+ 3	5	+ 10	»
17.470	» »	+ 1	9	+ 4	»
18.024	» »	— 9	6	— 6	»
8.826	Plaque unique	— 5	4	± 0	Amélioré

Résumons en un tableau le nombre total des cas de pelade dans lesquels le métabolisme s'élève après avoir été soumis à un traitement thérapeutique de plusieurs piqûres intradermiques de lait. Nous exposerons ensuite les cas dans lesquels le métabolisme est en diminution et, dans les deux cas, leurs rapports avec l'état de la maladie.

Métabolismes ascendants.

Nº de cas	Guéris	Améliorés	Sans changement	Aggravés
—	—	—	—	—
12	8	2	2	0
o/o	66,6	16,7	16,7	0
	Guéris + améliorés		Sans changement + aggravés	
o/o	83,3		16,6	

Métabolismes descendants.

Nº de cas	Guéris	Améliorés	Sans changement	Aggravés
—	—	—	—	—
9	I	0	4	4
o/o	II	0	44,5	44,5
	Guéris + améliorés		Sans changement + aggravés	
o/o	II		89	

Conclusions

1° Notre expérience, d'accord avec les données de Müller et de Hoff prouve que l'injection intradermique de protéines a, en plus de son effet local, une action générale sur le système neuro-végétatif.

2° Les injections intradermiques de lactoprotéines n'ont pas toujours augmenté, comme le prétend Never, le métabolisme basal, pas plus qu'elles ne l'on fait constamment descendre, comme le veut Löwenstein.

3° Les injections peuvent avoir comme effet, indifféremment, une augmentation ou un abaissement du métabolisme basal (Crecelius, Aguilera).

4° Les altérations montrent une action générale neuro-végétative.

5° L'intradermo-protéinothérapie locale faite en série dans la pelade, modifie toujours le métabolisme.

6° Dans les cas où le traitement est suivi d'amélioration, une tendance à l'augmentation du métabolisme est la règle (83,3 o/o).

7° Les échecs, ou les aggravations, coïncident avec un abaissement du métabolisme (89 o/o).

8° L'intradermo-protéinothérapie locale est pour le traitement de la pelade, une méthode aussi efficace que toutes les autres employées précédemment (Djoritch, Aguilera, Enterria, Reiss, etc.).

ANALYSES

des principaux travaux reçus en octobre 1934.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Ulcère chronique lymphogranulomateux de la verge, par S. Nicolau. *Annales des Maladies Vénériennes*, année **29**, n° 10, octobre 1934, p. 721, 1 fig.

Intéressante observation d'ulcère chronique de la verge dont la nature lymphogranulomateuse a été révélée non seulement par la positivité de la réaction de Frei, mais aussi par l'épreuve antigénique de la sécrétion recueillie à la surface des lésions. L'ulcère chronique semble s'être développé comme suite directe de l'accident primaire.

H. Rabeau.

A propos du dépistage des porteurs de germes syphilitiques virulents et de leur stérilisation parmi les prostituées surveillées, par A. Spillmann. *Annales des Maladies Vénériennes*, année **29**, n° 10, octobre 1934, p. 732.

Le rôle du médecin ne doit pas se borner à traiter les malades, mais aussi à rechercher l'origine de la contamination. L'assistante sociale apporte une aide précieuse dans ce dépistage et le plus souvent amène l'individu soupçonné à la consultation. « N'est-il pas extraordinaire de penser que sous prétexte de liberté individuelle, on peut laisser un individu contagieux semer la maladie autour de lui ».

H. Rabeau.

Essai d'application de la réaction cutanée avec le gono-bouillon-filtrat dans la gonorrhée infantile, par J. M. Lévine. *Annales des Maladies Vénériennes*, année **29**, n° 10, octobre 1934, p. 737.

L'allergie spécifique de la peau est un symptôme constant chez les petites filles atteintes de gonorrhée (32 observations). Cet état d'allergie peut être utilisé dans un but diagnostique.

H. Rabeau.

Défense cutanée du syphilitique, négativation du Bordet-Wassermann chez un syphilitique secondaire après un érythème dû aux rayons ultra-violets, par H. Gougerot et S. Boule. *Annales des Maladies Vénériennes*, année **29**, n° 10, octobre 1934, p. 746, 4 fig.

On sait le rôle important de la défense cutanée dans le traitement de la syphilis. G. depuis longtemps s'est attaché à cette étude. Il publie

avec B. une observation qui prouve l'action manifeste des rayons ultra-violets associés à la chimiothérapie dans la négativation des réactions sérologiques. L'intérêt de tels faits, au point de vue doctrinal et pratique, est considérable, parce qu'il permettrait sans attendre la roséole, de susciter la défense cutanée par des éruptions artificielles.

H. RABEAU.

Archives hospitalières (Paris).

Le staphylocoque et le bactériophage, par A. RAIGA. *Archives hospitalières*, octobre 1934, pp. 3-19. Bibliographie.

Généralités concernant les propriétés du bactériophage et son emploi rationnel.

La plupart des antiseptiques (sulfate de cuivre, urotropine, etc.), sauf l'argent colloïdal, le bleu de méthylène, s'opposent à la bactériophagie *in vitro*. Le soufre la favorise.

La longue durée indispensable pour une préparation correcte rend impossible l'adaptation d'un bactériophage au microbe d'un malade donné — tout au plus peut-on vérifier que le bactériophage de stock dont on dispose lyse le germe en cause.

Le bactériophage doit toujours être injecté *in situ*, c'est-à-dire dans la cavité de l'abcès dont on aura évacué le pus par ponction, s'il s'agit d'une infection locale, ou dans les veines en cas de septicémie. Ne jamais faire d'injections sous-cutanées. A côté de « furonculoses accidentelles » existe une « furonculose récidivante vraie d'origine organique » souvent liée à de l'hyperglycémie, ou ayant pour substratum une propriété « antiphage » du sérum du malade, propriété qui rend impossible la bactériophagie *in vivo*, mais qui semble réductible par l'auto-hémothérapie.

A. BOCAGE.

A propos des staphylococcies cutanées, par J. DU CASTEL. *Archives hospitalières*, octobre 1934, pp. 49-53.

Courte revue des principales manifestations cutanées dues aux divers staphylocoques.

A. BOCAGE.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Traitement de la lèpre par le bleu de méthylène en injections intraveineuses par L. R. MONTEL. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année 98, 3e série, t. **112**, no 30, octobre 1934, pp. 208-230, 2 tableaux.

Injections intraveineuses *très lentes* de 5 à 35 centimètres cubes d'une solution à 1 o/o de bleu de méthylène RAL dans l'eau bi-distillée, stérilisée par tyndallisation à 80° 3 fois une heure. Deux ou trois injections par semaine ; 18 par séries séparées par 3 semaines de repos.

L'injection est suivie d'une coloration livide impressionnante, puis

de quelques malaises, constriction pharyngée, fourmillement des doigts, asthénie. Une sialorrhée très marquée avec tendance à la syncope indique que la dose maxima a été atteinte ou dépassée. Il n'y a pas de choc avec des solutions bien préparées.

Rapidement les lésions lépreuses se colorent en bleu et quelques-unes inaperçues antérieurement sont ainsi révélées. Dès que les lésions ne sont plus infiltrées et se réduisent à une simple tache achromique, elles ne gardent plus le bleu.

Les algies disparaissent très vite.

Les poussées aiguës fébriles sont très sensibles au traitement, bien qu'il n'ait pas d'action préventive.

Les infiltrations cutanées s'arrêtent immédiatement de croître et même fondent rapidement (plusieurs kilogrammes en quelques jours en cas d'éléphantiasis), puis l'amélioration se ralentit. Les lésions récentes guérissent plus vite que les anciennes.

Les plaies infectées accidentelles des lépreux guérissent très vite. Les maux perforants sont sensibles au traitement mais peuvent récidiver. Les rhinites sont très améliorées, peuvent même guérir complètement, le bacille disparaissant.

Les adénites s'affaissent en quelques semaines. De même, l'hypertrophie des troncs nerveux diminue rapidement. L'amélioration des troubles sensitifs est lente.

Le bleu paraît trois fois plus actif que l'huile de chaulmoogra et ses dérivés. L'association des deux médications est à conseiller.

Le traitement n'a jamais donné lieu à des incidents graves.

A. Bocage.

Résultats des inoculations au lapin et au cobaye d'un fragment d'encéphale riche en tréponèmes mobiles prélevé durant la vie par trépanation à un paralytique général, par A. Bessemans. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année 98, 3e série, t. **112**, n° 31, 9 octobre 1934, pp. 255-259. Bibliographie.

Malgré les circonstances tout à fait favorables, l'inoculation fut négative, ce qui semble indiquer que le tréponème inoculé était primitivement — ou bien était devenu secondairement — neurotrope.

A. Bocage.

Bulletin Médical (Paris).

Sur la syphilis inapparente, par Cl. Simon. *Bulletin Médical*, année **48**, n° 42, 20 octobre 1934, p. 648.

Dans cette lettre à un médecin praticien et à propos du livre de Ch. Nicolle, *Destin des maladies infectieuses*, S. montre ce qu'est la syphilis inapparente, véritable maladie sans symptômes cliniques, ayant cependant une évolution propre dont témoignent la virulence des ganglions et le cycle des réactions humorales. Il rappelle les expériences

de Gastinel et Pulvénis, et essaie de transposer chez l'homme les notions acquises expérimentalement. H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux (Paris).

Etude de 47 cas de Wassermann résistants (Considérations d'ordre pratique), par A. Tzanck, J. Pautrat et E. Sidi. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, année **50**, 3e série, n° 26, 29 octobre 1934, p. 1322.

L'étude détaillée des observations de ces malades a permis aux auteurs de constater que tous ces cas concernent exclusivement soit des malades dont les accidents précoces de la syphilis ont été traités insuffisamment ou pas du tout et dont le traitement intensif n'a été appliqué que tardivement, soit des malades chez lesquels la syphilis n'a été découverte que fortuitement, c'est-à-dire trop tardivement. Dans leurs observations, en aucun cas, un malade traité régulièrement et précocement n'a abouti à un Wassermann résistant ou irréductible. C'est donc moins tel ou tel traitement qui importe, telle ou telle association, que la régularité et la précocité de la mise en œuvre.

H. Rabeau.

Etude de 47 cas de Wassermann résistants (Déductions théoriques), par A. Tzanck, E. Sidi et J. Pautrat. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, année **50**, 3e série, n° 26, 29 octobre 1934, p. 1325.

I. — Pour aucun des malades envisagés, le traitement ne fut interrompu par suite d'intolérance médicamenteuse.

II. — L'intensité même des traitements auxquels les malades à Wassermann résistants ont été soumis, a permis de constater l'innocuité remarquable de ces traitements sur le rein.

III. — Des traitements particuliers ont été institués dans certains cas : hyposulfite de soude à 20 o/o, 2 injections hebdomadaires par série de 10 (7 cas : 4 échecs, 2 négativations passagères, 1 persistante) ; malariathérapie (3 cas : 3 échecs) ; injections de sels d'or, sans résultats.

IV. — Dans 6 cas, il s'agissait de syphilis conjugale.

« Toutes les thérapeutiques se sont montrées valables chez nos malades à condition d'être instituées précocement et suivies rigoureusement.

« Ces constatations s'inscrivent en faux contre la ligne de conduite préconisée par certains auteurs qui, *au nom d'idées théoriques*, attendent de l'efflorescence secondaire une part d'immunité spontanée dont le malade serait privé par l'institution d'une thérapeutique trop précoce. »

H. Rabeau.

Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques (Paris).

Action bactéricide des sels d'or pour le bacille de Koch in vitro et in vivo, par P. Courmont, H. Garder et P. Pichat. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. **105**, 20e cahier, 25 octobre 1934, art. 31.031.

Les expériences des auteurs montrent :

1° Le développement *in vivo* d'un pouvoir bactéricide sous l'influence de l'injection de sels d'or ;

2° L'action antivégétante et bactéricide *in vitro*, considérable à certaines doses et dans certaines conditions, d'où au point de vue clinique :

1) Utilité très discutable des grosses doses (supérieures à 25 centigrammes), puisque le pouvoir bactéricide ne s'élève pas proportionnellement à la quantité de l'or injecté ;

2) Action certaine des doses faibles, mais utilité d'employer des doses au moins égales à 5 centigrammes par injection, pour que le pouvoir bactéricide atteigne ce taux élevé et s'y maintienne un temps suffisant ;

3) Dans le cas de doses faibles, nécessité de pratiquer des injections assez répétées pour que le pouvoir bactéricide reste élevé dans le temps qui sépare les injections. H. Rabeau.

Journal de Médecine de Paris.

Sur la conduite du traitement du zona par le vaccin antistaphylococcique, par M. Craps. *Journal de Médecine de Paris*, année **54**, n° 43, 23 octobre 1934, p. 923.

Il est nécessaire de pratiquer les injections par voie sous-cutanée, dans le voisinage immédiat des éléments éruptifs ou au niveau même des ramifications intéressées. La dose de 1/2 centimètre cube répétée à deux ou trois reprises à deux ou trois jours d'intervalle est en général suffisante pour obtenir les résultats attendus.

H. Rabeau.

Lyon Médical.

Résultats obtenus avec la protéose d'Oriel dans le traitement de certaines dermatoses, par Gaté, Thiers et Cuilleret. *Lyon Médical*, année 66, t. **159**, n° 34, 26 août 1934, p. 191.

Les auteurs concluent de leurs recherches qu'il est actuellement impossible de préciser quelles sont les indications de la substance d'Oriel en thérapeutique dermatologique.

Toutefois, une indication leur paraît intéressante, ce sont les accidents cutanés liés à une sensibilisation à un médicament ou à un corps chimiquement défini susceptible de provoquer une dermite professionnelle ou thérapeutique.

La conduite du traitement par la substance P est imprécise. La plus grande prudence est de rigueur. Jean Lacassagne.

Paris Médical.

Les syphilis diffuses du névraxe, par P. Nayrac. *Paris Médical,* année 24, n° 40, 6 octobre 1934, pp. 273-276.

L'auteur montre la fréquence de ces formes de syphilis nerveuses, qu'on désigne aussi sous le nom de syndrome de Guillain-Thaon et dans lesquelles s'associent paralysie générale, tabès et myélite. Cliniquement, les malades sont plus ataxiques et spasmodiques que paralytiques, les signes de Babinski et d'Argyll-Robertson sont constants, Bordet-Wassermann et benjoin positifs dans le liquide bien qu'il n'y ait pas toujours hyperalbuminose ni leucocytose rachidienne. Pronostic fatal en 3 ou 4 ans, impaludation souvent impossible. Cinq observations illustrent ce travail avec documents histologiques ; une autre observation est un syndrome de sclérose latérale amyotrophique d'origine syphilitique. A. Bocage.

La Presse Médicale (Paris).

Une nouvelle forme d'épilepsie expérimentale : l'épilepsie par parasites cutanés, par Ph. Pagniez, A. Plichet et R. Laplane. *La Presse Médicale,* année 42, n° 80, 6 octobre 1934, p. 1557. 4 fig.

Les belles expériences des auteurs mettent en évidence le rôle des mallophages dans la production de l'épilepsie de Brown-Séquard et changent complètement sa signification. On pouvait voir dans cette curieuse maladie expérimentale une démonstration du rôle des lésions nerveuses à distance comme cause de certaines épilepsies d'ordre réflexe. Elle apparaît maintenant comme une épilepsie sans lésion nerveuse, certainement au moins sans lésion durable puisqu'elle disparaît avec les parasites qui la causent. Épilepsie à point de départ cutané, elle montre toute l'importance des irritations périphériques comme facteur épileptogène. Les auteurs en apportent la première démonstration expérimentale.

Chez l'homme, surtout chez l'enfant, on sait que les helminthes sont susceptibles de causer des crises d'épilepsie, mais les exemples de mal comitial de ce type sont tout à fait exceptionnels. Les faits expérimentaux rapportés ci-dessus incitent à de nouvelles recherches dans ce sens.

H. Rabeau.

Physiopathologie des cicatrices et du tissu de sclérose sous-jacent étudiée à l'aide de la novococaïnisation du sympathique, par R. Leriche. *La Presse Médicale,* année 42, n° 81, 10 octobre 1934, p. 1577.

L'analyse histologique des cicatrices montre qu'elles sont assez richement innervées. Les cicatrices peuvent à la longue engendrer des impo-

tences inexplicables anatomiquement, parce que de mécanisme sympathique, et créer des infirmités définitives. L'infiltration à la novocaïne à 1 o/o, du pourtour et du tissu sous-cicatriciel peut faire disparaître de nombreux troubles à distance. Cette méthode peut intervenir utilement au stade de la cicatrisation. En provoquant de l'hyperhémie, l'infiltration du sympathique ganglionnaire ou celle du sympathique péri-artériel aide à la formation d'une cicatrice souple. Elle paraît s'opposer à la formation de tissu de sclérose.

H. Rabeau.

Troubles toxiques cutanés et nerveux chez les conducteurs de moteurs Diesel, par Laignel-Lavastine et Amour F. Liber. *La Presse Médicale*, année 42, n° 81, 10 octobre 1934. p. 1578.

Il s'agit d'un syndrome consistant en une dermatite folliculaire et en troubles nerveux où prédominent les vertiges, qui semble être causé par les produits de combustion des huiles lourdes rejetés du moteur avec une force et une vitesse d'évacuation insuffisantes pour assurer l'échappement, et refoulés dans la cabine de conduite. La dermatose bénigne et fugace en elle-même, ressemble à celle qui se voit chez les ouvriers qui manipulent le pétrole et ses produits. Les troubles nerveux, qu'ils soient dus aux hydrocarbures ou à l'oxyde de carbone, appellent également des réserves quant à leur évolution.

H. Rabeau.

Eczéma du nourisson et allergie, par A. Sézary. *La Presse Médicale*, année 42. n° 83, 15 octobre 1934, p. 1619.

S. donne une étude critique de la pathogénie de l'eczéma du nourrisson à la lumière des données récentes des pédiatres. Depuis les recherches de Schloss et Talbot, Blackfa en 1916, de nombreux auteurs sont venus confirmer cette sensibilité spéciale de la peau de ces enfants à diverses albumines particulièrement à celle du blanc d'œuf. La notion de cette allergie particulière apporte des données capitales pour l'étude de l'eczéma du nourrisson. S. discute les faits et montre que cette allergie intervient directement dans la production sinon de l'éruption, du moins de ses complications. H. Rabeau.

Les indications thérapeutiques données par l'examen du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques, par A. Sézary. *La Presse Médicale*, année 42, n° 85, 24 octobre 1934, p. 1673.

L'analyse du liquide céphalo-rachidien est actuellement indispensable si l'on veut appliquer chez les syphilitiques un traitement rationnel. Dans cette note de médecine pratique, S. étudie les indications thérapeutiques fournies par le liquide céphalo-rachidien chez les neuro-syphilitiques et ensuite chez les syphilitiques apparemment indemnes de complications nerveuses

Chez les neuro-syphilitiques, c'est seulement la disparition totale et définitive des anomalies du liquide qui prouve une guérison complète.

Ensuite le traitement de consolidation intensif est nécessaire. Plus tard, une nouvelle ponction montrera si le liquide est resté normal.

Dans la syphilis sans complication nerveuse apparente, la ponction lombaire sera nécessaire dans la syphilis récente. Ravaut a montré la grande fréquence des réactions méningées chez ces malades. Pour cet auteur, la ponction lombaire devra être faite à la fin de la 3e année. S. estime qu'elle doit être faite au moment où l'on est disposé à suspendre le traitement intensif.

Dans la syphilis ancienne latente, la conduite du traitement paraît impossible à mener correctement si l'on n'est pas fixé sur l'état du liquide. H. Rabeau.

Revue de Stomatologie (Paris).

Lésions érosives et ulcéreuses de la langue, par Lombard et Rorhette. *Revue de Stomatologie*, t. **36**, no 10, octobre 1934, p. 647.

Bonne étude d'ensemble montrant la fréquence de ces lésions tantôt érosives, tantôt ulcéreuses souvent suivant l'intensité et la durée du processus, l'importance et souvent la difficulté d'un diagnostic précoce, qui nécessite la collaboration du stomatologiste et du dermatologiste.

H. Rabeau.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Sur le traitement de la sarcoïde de Bœck par l'antiléprol (Ueber die Behandlung des Bœckschen Sarkoids mit Antileprol), par Sven D. Lomholt. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **70**, f. 2, octobre 1934, p. 57, 5 fig.

Douze malades atteints de sarcoïdes de Bœck ont été traités par des injections d'antiléprol qui est constitué par des sels éthyliques des acides gras non saturés de l'huile de chaulmoogra. Dans 8 cas, il y a eu résorption de l'infiltrat cutané ; dans 4 cas, une amélioration nette. Les adénopathies concomitantes ont souvent disparu ; les lésions spécifiques de la muqueuse buccale et nasale ont été heureusement modifiées. Chez certains malades, l'action curatrice a été limitée, mais la reprise du traitement a donné d'aussi bons résultats. En règle générale, le traitement a comporté une injection intraveineuse quotidienne de 1 cc. 5, qui le plus souvent a été bien tolérée. La seule complication notable est une élévation de température faible et fugace. Fièvre et signes pulmonaires ne se produisaient que lorsque à l'huile on associait le camphre, qui a été ensuite supprimé. Le traitement chez les porteurs de tuberculose pulmonaire est à rejeter ou à employer avec grande prudence. La voie intramusculaire, qui est peut-être plus efficace, a l'inconvénient de provoquer des douleurs et même des abcès. L'injection autour de la veine détermine des infiltrats très douloureux. L'antiléprol s'est montré également efficace dans le granulome annulaire, et dans quelques cas d'adénopathies tuberculeuses. On constate

chez les malades injectés une éosinophilie presque constante, parfois considérable (67 o/o), qui apparaît lentement, mais disparaît toujours rapidement. L. CHATELLIER.

Sur la lame unguéale à double arête longitudinale (ongles à double arête longitudinale) (Ueber die doppelte Längskantenbildung der Nagelplatte (Doppelkantennägel)), par W. FROHN et H. O. LOOS. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **70**, f. 2, octobre 1934, p. 76, 5 f.

L'ongle se présente sous trois aspects (Esbach) : forme plate ou légèrement bombée ; forme très bombée ; forme à double arête. Celle-ci est caractérisée par deux arêtes longitudinales qui divisent l'ongle en une partie médiane large et en deux bandes latérales plus étroites. E. Hoffmann avait attiré l'attention sur la fréquence de cette forme de l'ongle chez les psoriasiques, mais elle existe aussi chez les individus sains et dans d'autres dermatoses (lichen plan, eczéma chronique, lupus). Les auteurs ont examiné 1.100 sujets. Ils confirment les constatations d'Hoffmann : fréquence chez les psoriasiques, caractère familial et quelquefois héréditaire. La lunule dans ces ongles à double arête est particulièrement développée ; ce fait s'explique, pour Hoffmann, par une croissance plus vigoureuse, une épaisseur et une consistance plus grandes de l'ongle. A noter que chez certains singes, cette conformation unguéale est normale. L. CHATELLIER.

Sur l'intradermo-réaction à la staphylotoxine dans les pyodermites à staphylocoque (Ueber intrakutane Reaktion mit Staphylotoxine bei Staphylodermie), par E. M. LEWIN, M. M. LEWIN et S. RABINOWITSCH. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **70**, f. 2, octobre 1934, p. 82, 3 tableaux.

Chez les individus à peau saine, l'injection intradermique d'un filtrat staphylococcique donne une réaction positive, dont l'intensité, du reste, varie avec chaque individu.

28 o/o des malades atteints de pyodermites (furoncle, anthrax, hidrosadénites, panaris, onyxis, abcès, impétigo de Bockhardt) ont présenté à l'injection une réaction négative. Les malades à réaction négative répondent mieux et plus vite au traitement.

L. CHATELLIER.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Léiomyosarcome de la peau associé à l'Acanthosis nigricans (Leiomyosarcoma cutis mit Acanthosis nigricans vergesellschaftet), par J. SCHLAMMADINGER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 39, 29 septembre 1934, p. 1257, 3 fig.

Le léiomyosarcome est rare ; son association n'a jamais été décrite encore. Voici l'observation : chez un homme de 69 ans, existent depuis un an, au niveau de l'extrémité inférieure de la jambe et de la région dorsale du pied, des tumeurs disséminées ou agminées en un énorme placard mamelonné (face dorsale et externe du pied droit) ; l'extrémité

distale du pied est le siège d'un *acanthosis nigricans* typique. A première vue, l'on pense à une sarcomatose de Kaposi. C'est l'histologie qui démontre l'existence : d'un léiomyosarcome et d'un *acanthosis nigricans* (acanthose, hyperplasie papillaire, hyperkératose et hyperpigmentation).

L. CHATELLIER.

Décollements unguéaux partiels dans l'érythrocyanose des mains (Teilweise Nagelabhebungen bei Erythrocyanose der Händer), par J. SELLEI. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, no 39, 29 septembre 1934, p. 1261, ■ fig.

Dans l'érythrocyanose, le décollement de l'ongle est connu : il se présente sous la forme d'un décollement qui se localise à la partie médiane de l'ongle, sans jamais atteindre les bords latéraux, ni la matrice de l'ongle. Il commence à l'extrémité du lit et remonte vers le repli susunguéal. Il est en général bilatéral, mais ne frappe pas les doigts symétriquement. La lame unguéale est le plus souvent normale ; elle peut être atrophiée. Cette lésion des ongles n'est pas très rare. S. en rapporte deux observations féminines. Le meilleur traitement consiste en une application de pommade iodo-iodurée.

L. CHATELLIER.

Le traitement de la peau par l'émanation de radium (Die Radiumemanationsbehandlung der Haut), par E. LANGER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, no 39, 29 septembre 1934, p. 1263.

L'émanation de radium n'a ni les dangers ni les prix élevés du radium. L'on a pu l'incorporer à de la vaseline ; cette pommade n'a d'action que pendant 3-4 jours. L. l'a utilisée dans diverses maladies : psoriasis, lichen plan, eczéma chronique ou subaigu, chéloïde, cancroïde, etc. ; les résultats furent bons et parfois rapides.

L. CHATELLIER.

Pustulose vacciniforme aiguë chez l'adulte (Pustulosis vacciniformis acuta beim Erwachsenen), par H. J. SCHMITZ *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 39, 29 septembre 1934, p. 1267.

S. rapporte une observation où la pustulose s'est terminée par la mort ; elle s'était développée brutalement chez un malade atteint depuis des années d'eczéma séborrhéique rebelle. Le début brutal fut rapidement suivi d'une généralisation des pustules et d'une marche inexorable vers la mort. Aucune relation avec une infection vaccinale.

L. CHATELLIER.

Etudes sur la résistance à la traction des poils de l'homme (Studien über die Reissfestigkeit der menschlichen Haare), par A. MARCHIONINI et H. ARETZ. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, no 40, 6 octobre 1934, p. 1285, 1 fig.

Les auteurs, complétant les travaux de Menschel, ont étudié les variations de la résistance des poils selon les régions originelles : cuir chevelu, pubis et aisselle. Ils se sont servis de l'appareil de Menschel qu'ils ont modifié : le cheveu, maintenu entre deux mors (dont l'un

est fixe) est soumis à une traction progressive grâce à des poids portés par une cupule reliée au mors libre. En tenant compte des variations individuelles, les auteurs ont constaté que poil du pubis et cheveu ont une résistance égale ; le poil de l'aisselle est moins résistant. Ce fait s'explique par l'action de la sueur axillaire qui est alcaline. Par le lavage prolongé, le poil axillaire acquiert une résistance égale à celle des deux autres. L. Chatellier.

Sur les différences dans les réactions de Pirquet pratiquées sur le tronc et les extrémités (Ueber Unterschiede im Ausfall der Pirquetschen Reaktion an Rumpf und Körperakra), par H. Rackwitz. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 40, 6 octobre 1934, p. 1290.

Le résultat des réactions à la tuberculine dépendrait, dans une certaine mesure, du point d'inoculation. Après Frehu, Sézary et Facquet, R. a voulu vérifier si ces différences avaient une valeur pratique. Il a pratiqué sur 100 malades une réaction de Pirquet à la fois sur les bras, la jambe, le thorax et l'abdomen. Voici ses résultats :

Chez 12 malades, la réaction a été positive partout.

Chez 36, elle a été négative partout.

Chez les 52 autres, il y a eu différences entre les diverses inoculations : 14 fois, seuls le thorax et l'abdomen ont donné une réaction positive ; les réactions positives dans l'ensemble sont beaucoup plus fréquentes sur l'abdomen (56 fois), sur le thorax (51 fois) que sur le bras (29 fois) et la jambe (32 fois).

Il est à noter que les réactions négatives des membres sont beaucoup plus fréquentes chez les sujets atteints d'acro-asphyxie ou de troubles neuro-végétatifs. L. Chatellier.

Pommades et leur action (Salbengrundlagen et Salbenwirkung), par A. Joseph. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 40, 6 octobre 1933, p. 1294.

En thérapeutique dermatologique, on s'est surtout préoccupé d'avoir comme excipient des émulsions d'eau dans graisse (lanoline par exemple). Cependant, du point de vue biologique, les émulsions graisse dans eau sont supérieures et permettent une action plus profonde. A ces desiderata répondent : l'almacerine qui est un mélange d'alcools (cholestérine, oxycholestérine, métacholestérine et dérivés de cholestérine) extraits de lanoline et dont le pouvoir émulsionnant considérable permet l'absorption de grande quantité d'eau et la cefatine (qui permet les émulsions graisse-eau), dépourvue de toute action irritante.

L. Chatellier.

Coloration noire des ongles par action de la lumière après imprégnation mercurielle (Schwarzfärbung der Nägel unter Lichteinwirkung nach Quecksilberimpregnation), par A. Stuhmer. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 41, 13 octobre 1934, p. 1316 (17e Session de la Société allemande de Dermatologie. Berlin).

S. avait déjà observé chez les malades traités par des applications

mercurielles pour suppurations unguéales, l'apparition d'une coloration gris-noire, sans du reste l'expliquer. Ayant à soigner un malade atteint de radiodermite, il constate sur la main gauche un noircissement rapide des ongles traités tous les jours par le sublimé et le précipité blanc, puis soumis à la lumière solaire. Toute la substance de l'ongle est colorée ; ultérieurement l'ongle repousse normal. Un doigt protégé contre la lumière est resté blanc ; mais il s'est coloré dès l'exposition à la lumière. S. rapproche son observation des faits observés en 1907 par Vörner chez des syphilitiques traités par le mercure (*onychia pigmentosa*) et imputés par lui à la syphilis. Pour S. la coloration serait due à la formation d'un sulfure de mercure.

L. Chatellier.

Syringo-cystadénome papillifère (Nævus syringocystadenomatosus papilliferus), par J. Dörffel. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 41, 13 octobre 1934, p. 1318, 5 fig. (17e Session de la Société allemande de Dermatologie. Berlin).

Observation d'un syringo-cystadénome papillifère siégeant sur la joue, chez une fillette de 14 ans. Au microscope, à côté de follicules pileux bien constitués, il existe une tumeur formée de travées épithéliales avec dilatations kystiques, dont bon nombre ont une structure nettement sudoripare. Certaines travées prennent l'aspect d'un épithélioma baso-cellulaire. Dans le stroma, amas disséminés de polynucléaires et plasmocytes. D. rappelle la plupart des observations allemandes antérieures (N. D. T. Pas de mention des travaux français où la même lésion est décrite sous le nom d'hydradénome verruqueux fistulo-végétant, Darier, Plantevin, Civatte). L. Chatellier.

Accroissement de la sensibilité de la réaction de Wassermann par l'emploi d'un antigène spécifique (antigène spirochétique de Gaehtgens) (Erhöhte Empfindlichkeit der W. R. bei Verwendung spezifischen Antigens (Pallida-Reaktion nach Gaehtgens)), par T. Grüneberg. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 41, 13 octobre 1934, p. 1330 (17e Session de la Société allemande de Dermatologie. Berlin).

La Pallida-réaction se sert comme antigène d'une suspension phéniquée de spirochètes, d'après la technique de Gaethgens. G. a comparé sur 823 sérums la réaction de Wassermann et la Pallida-réaction. La Pallida-réaction s'est montrée beaucoup plus sensible, plus durable à toutes les périodes de la syphilis. L. Chatellier.

Sur un cas de maladie de Pringle avec lésions du fond d'œil, des muqueuses vésicale et rectale (Ueber einen Fall von Pringlescher Krankheit mit Veränderungen am Augenhintergrund und an den Schleimhäuten von Blase und Mastdarm), par E. Kuchenmeister. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 41, 13 octobre 1934, p. 1333 (17e Session de la Société allemande de Dermatologie. Berlin).

Il est assez fréquent de rencontrer en même temps que les adénomes de Pringle des formations næviques diverses : nævi pigmentés, pileux,

sébacés, épaississements de la peau et malformations nerveuses avec troubles intellectuels, tumeurs rétiniennes.

K. rapporte l'observation d'un jeune homme de 20 ans, sans antécédents familiaux, sans manifestations nerveuses ou psychiques (à part un développement corporel et intellectuel diminué), et qui présentait des nævi variés de la peau (fibromes multiples, *mollusca pendula*, taches pigmentaires) des muqueuses vésicale et rectale (fibromes muqueux ?) et surtout, au niveau de la rétine, une tumeur globuleuse, d'apparence cystique dans le voisinage de la papille droite, et à l'œil gauche une petite zone atrophique.

L. Chatellier.

Dermatite exfoliatrice généralisée chronique de Wilson-Brocq (Dermatitis exfoliativa generalisata chronica Wilson-Brocq), par H. Sæuferlin. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 41, 13 octobre 1934, p. 1337 (17ᵉ Session de la Société allemande de Dermatologie, Berlin).

Observation typique d'une érythrodermie type Wilson-Brocq, avec chute des poils et des ongles. La maladie est compliquée d'abcès, d'escarre du décubitus, de broncho-pneumonie et de troubles circulatoires inusités au cours de cette affection ; terminaison mortelle. L'étiologie et la pathogénie de ce cas restent obscures. Dans le système nerveux, pas de lésions, sauf une hyperémie modérée, ce qui exclut l'hypothèse d'une dermato-neurose. L. Chatellier.

Sur une chéloïde de la pointe de la langue chez un trompette (Ueber ein Keloid der Zungenspitze bei einem Trompetenblaser), par W. Schmidt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 41, 13 octobre 1934, p. 1341, 1 fig. (17ᵉ Session de la Société allemande de Dermatologie, Berlin)

Exemple de cette localisation rare de la chéloïde, chez un trompette, qui présente entre les deux incisives médianes un espace où la pointe de la langue s'insinue incessamment pendant l'usage de la trompette.

L. Chatellier.

Recherches sur la question des rapports entre la trichophytie et l'épidermophytie (Untersuchungen zur Frage des Verwandtschaft zwischen Tricophytie und Epidermophytie), par Ursula Scholtz. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 41, 13 octobre 1934, p. 1342 (17ᵉ Session de la Société allemande de Dermatologie, Berlin).

Voici les conclusions de cet intéressant article :

Il se développe, après une trichophytie prolongée, une immunité à toute réinfection par la même espèce. Quand il existe une épidermophytie, une réinfection par l'ép. Kauffmann-Wolf se trouve abrégée ; on ne trouve le parasite ni par l'examen direct ni par la culture. La desquamation apparaît dès le deuxième jour et au bout de 24 jours l'affection s'arrête ; donc immunité partielle. Chez le cobaye, après une trichophytie, l'infection par l'ép. Kauffmann-Wolf évolue normalement ; donc pas d'immunité. Avec l'épidermophytine, on obtient une intra-

dermo-réaction spécifique, valable pour le diagnostic. Aussi doit-on se poser la question de l'existence d'une allergie générale, que l'efficacité thérapeutique de l'épidermophytine intradermique rend vraisemblable.

L. Chatellier.

Pour ou contre la nature tuberculeuse du lupus érythémateux (Was spricht für und gegen die tuberkulösen Natur des Lupus erythematodes). *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 41, 13 octobre 1934, p. 1346.

De cette enquête, il résulte que l'étiologie tuberculeuse exclusive du lupus érythémateux n'est pas admise généralement en Allemagne.

L. Chatellier.

Contribution casuistique à l'étiologie du lupus érythémateux (Kasuistischer Beitrag zur Ætiologie des Lupus erythematodes), par Donges. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 42, 20 octobre 1934, p. 1369, 3 fig.

La malade, femme d'un syphilitique, présente une réaction de Wassermann fortement positive, malgré l'absence de signes cliniques. Le lupus érythémateux avait débuté 12 ans auparavant sur la joue et s'étend maintenant à la face et au cou. Amélioration rapide et durable après le traitement (As, Bi, triphal). D. discute les hypothèses possibles : coexistence de lupus érythémateux et de syphilis ; lupus érythémateux avec réaction de Wassermann non spécifique (quoique très tenace) ; lupus érythémateux d'origine syphilitique, et constate la difficulté de se prononcer.

L. Chatellier.

Lichen plan de la muqueuse buccale après chrysothérapie (diagnostic différentiel : stomatite aurique) (Lichen planus der Mundschleimhaut nach goldbehandlung (Differentialdiagnose : goldstomatitis)), par H. U. Mohrmann. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 42, 20 octobre 1934, p. 1373.

Chez un syphilitique à sérologie rebelle, le traitement par Solganal déclanche une éruption lichénoïde que M. reconnaît être un lichen plan, que As du reste guérit ultérieurement. C'est la première observation allemande de lichen plan buccal post-aurique.

L. Chatellier.

Recherches cliniques sur les liquides de nettoyage employés en impression quant au développement des eczémas professionnels dans l'imprimerie (Klinische Untersuchungen über Druckereiwaschmittel unter Berücksichtigung der Berufekzeme im graphischen Gewerbe), par E. Zitki. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 42, 20 octobre 1934, p. 1379.

Dans cette longue et intéressante revue générale, l'auteur étudie les diverses substances qui servent, dans l'impression, à nettoyer les lettres et les presses, à entretenir les machines. Ces substances varient avec la qualité de l'impression. En général, les substances à laver contiennent de la benzine, ou ses dérivés, du pétrole, du xylol, capables, on le sait, de provoquer des eczémas professionnels. De plus, les matières colo-

rantes interviennent à leur tour, d'autant que, pour leur conservation, l'on se sert de formol à des concentrations variables. Enfin la lithogravure par l'emploi d'acide chromique et de ses composés, est à l'origine de bon nombre d'eczémas professionnels.

L. Chatellier.

La signification de l'influence des sels minéraux pour l'explication pathogénique des tuberculoses cutanées (Die Bedeutung des Mineralsalzeinflusses für die pathogenetische Beurteilung der Hautkrankheiten), par E. Keining et G. Hopf. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, no 43, 27 octobre 1934, p 1397.

La diète de Gerson dans la tuberculose pulmonaire n'a pas donné les résultats que pouvait faire espérer son efficacité dans la tuberculose cutanée. Le régime sans sel n'est pas une médication spécifique, comme en outre le prouve son efficacité dans d'autres dermatoses (urticaire, eczéma, dermatite de Dühring, etc.). Le sel agit, on le sait, de façon complexe : d'abord par ses propriétés hydratantes, ensuite par son action sur la réserve alcaline. Des recherches de K. et H., il ressort que l'action de NaCl dépend surtout du cathion Na, qui influence considérablement les fonctions du système neuro-végétatif cutané et général. D'autre part, les réactions de la peau aux divers excitants ne dépendent pas seulement de ceux-ci, mais encore du terrain cutané qui est lui-même sous la dépendance de facteurs endogènes où intervient le taux minéral. L'allergie fondamentale constitutionnelle peut être modifiée ou vaincue par des modifications cutanées locales comme le ralentissement de la circulation. Or il est remarquable que le lupus et nombre de tuberculides se localisent de préférence aux points où les troubles neuro-végétatifs modifient le plus le terrain cutané (extrémités, face, faces d'extension des membres). Cette influence du terrain se constate également dans les réactions de Pirquet du tronc et des membres. A noter aussi que chez les lupiques, les lésions pulmonaires actives sont rares : Winterseel, sur 317 lupiques, a trouvé 24 tuberculoses actives et 13 douteuses. Ce fait prouve que la résistance allergique générale est excellente chez les lupiques, mais que les troubles neuro-végétatifs cutanés abaissent cette résistance et favorisent la localisation cutanée. Or la diète de Gerson exerce une influence heureuse sur le terrain cutané, dont elle active la circulation. C'est ce qui explique son action curatrice dans le lupus, l'érythème induré de Bazin, les tuberculides papulo-nécrotiques.

L. Chatellier.

Sur une éruption singulière, rappelant l'eczéma parasitaire et guérissant avec pigmentation, au cours d'un traitement mixte antisyphilitique, et compliquée d'une tumeur de la surrénale (Ueber einen eigenartigen, an parasitären Ekzemerinnernden, unter Pigmentation abheilenden Hautausschlag, kompliziert durch Nebennierentumor), par W. Blume. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, no 43, 27 octobre 1934, p. 1406.

Homme de 45 ans, soigné en 1917 pour épididymite blennorragique, ayant alors reçu un traitement mixte As-Hg ; aucun traitement ni aucun contrôle sérologique jusqu'en 1932, où l'examen sérologique, pratiqué à l'occasion d'une pyélite, donne un résultat fortement positif. Pas de signes viscéraux sérieux ; placard lupique de la fesse droite ; la ponction lombaire révèle de la lymphocytose et des réactions humorales pathologiques. Le traitement par le néosalvarsan est institué. Chaque injection de néosalvarsan s'accompagne d'élévation thermique ; on emploie ensuite le néosalvarsan argentique, d'abord bien supporté. Puis apparaissent un grand frisson, des douleurs épigastriques, qui font découvrir une tumeur de siège indéterminé (foie ?). Le traitement poursuivi est bien toléré ; au bout de 4 mois, apparition sur le tronc et les membres d'une éruption qui simule exactement un eczéma parasitaire ; adénopathies inguinales. Peu à peu l'éruption se transforma en érythrodermie, accompagnée d'altération de l'état général. Au bout d'un mois l'éruption guérit en laissant une pigmentation diffuse légère. Mais la tumeur augmente ; l'examen d'un ganglion ne montre qu'une hyperplasie simple. Dès lors, l'état général s'aggrave rapidement : amaigrissement, anorexie, vomissements ; le malade meurt et à l'autopsie, on découvre un hypernéphrome malin gauche.

L. Chatellier.

Revista medico-quirurgica de Patologia feminina (Buenos-Aires).

Insuffisance ovarienne et dermatoses (Insuficiencia ovárica y Dermatosis), par José J. Puente. *Revista medico quirurgica de Patologia feminina*, t. 4, n° 22, 1934.

L'insuffisance ovarienne, essentiellement manifestée par des troubles menstruels et démontrée accessoirement par des manifestations diverses ou par divers tests biologiques, est fréquemment observée au cours des dermatoses. La dysménorrhée est habituelle dans la syphilis, dans la tuberculose, dans la lèpre, dans le mycosis fongoïde, etc.

Beaucoup d'affections cutanées sont provoquées ou aggravées par la menstruation. Tels sont l'eczéma, l'acné, l'herpès, le lichen plan et la maladie de Fox-Fordyce.

Par contre, l'*herpes gestationis* et l'impétigo herpétiforme ne sont pas considérés comme des éruptions dues à une insuffisance hormonale, mais comme des manifestations d'une hypersensibilisation à des productions ovulaires (fœtus et placenta).

Après ces remarques générales, J. P. classe les affections cutanées en rapport avec l'insuffisance ovarienne d'après l'importance relative de ce facteur étiologique.

Un premier groupe réunit les dermatoses appartenant exclusivement au sexe féminin ou prédominant chez les femmes. Le *kraurosis* est manifestement lié à la ménopause naturelle, pathologique ou opératoire.

Le *prurit vulvaire*, la *dermatose dysménorrhéique* de Matzenauer et Polland sont certainement influencés par la menstruation, mais la discordance des résultats de l'opothérapie hormonale commande quelques réserves et appelle une revision des faits.

Des remarques analogues peuvent être faites en ce qui concerne l'*érythrocyanose sus-malléolaire*, la *chloasma*, les *sclérodermies* et les *atrophies cutanées*, l'*acné*, la *rosacée*, l'*eczéma*, etc.

Dans un second groupe trouvent place des dermatoses dont les relations avec les perturbations des fonctions ovariennes sont relatives ou indirectes. Au premier plan, apparaît la maladie de *Fox-Fordyce*.

Un dernier chapitre est consacré aux affections cutanées dont l'autonomie est discutée et à celles que l'on considère à tort comme d'origine hormonale (*érythème, pemphigus, psoriasis, lupus érythémateux*).

J. MARGAROT.

Revista Sud-Americana de Endocrinologia, Immunologia y Quimiotherapia (Buenos-Aires).

Se développe-t-il dans la période secondaire de la syphilis quelque défense protectrice du système nerveux ? Traitement précoce de la syphilis et liquide céphalo-rachidien (¿ Se desarolla en el período secundario de la sifilis alguna defensa protectriz del sistema nervioso? Tratamiento precoz de la sífilis y líquido céfalo-raquídeo), par J. L. CARRERA. *Revista Sud-Americana de Endocrinologia, Immunologia y Quimiotherapia*, année **27**, n° 1, 15 janvier 1934.

J. L. C. discute la théorie du rôle défensif de la peau au cours de la syphilis secondaire et conclut avec la plupart des auteurs que le pouvoir immunisant du revêtement cutané n'est établi ni par l'observation clinique, ni par l'expérimentation et que cette notion est dangereuse au point de vue thérapeutique.

Il faut traiter intensément la syphilis dès les premières périodes de la maladie. Les altérations du liquide céphalo-rachidien qui peuvent exister dès la période secondaire cèdent en général au traitement. Il faut en poursuivre la guérison avec la plus grande énergie. De nombreuses observations viennent appuyer les conclusions de l'auteur.

J. MARGAROT.

Bruxelles Médical.

Sur les dermatoses professionnelles, par R. BERNARD. *Bruxelles Médical*, année **14**, n° 49, 7 octobre 1934, p. 1537.

Les dermatoses professionnelles dont la fréquence est grande, se présentent sous les aspects les plus variés. B. distingue les dermites, les eczémas ou dermatoses eczématiformes, les toxidermies ; ce sont les trois grandes classes en dehors desquelles se rangent des affections plus rares, dont la terminologie ne prête pas à confusion. Envisageant

la pathogénie de ces affections, il met en évidence l'importance du terrain. Il donne quelques principes généraux de traitement, puis examine ces affections au point de vue médico-légal.

H. Rabeau.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Contribution à l'étude de la maladie de Raynaud ou gangrène symétrique des extrémités. Anatomie pathologique (Cooperación al estudio de la enfermedad de Raynaud o gangrena simétrica de las extremitades. Anatomia patologica), par Martinez Vargas. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, année **10**, no 109, octobre 1934, p. 3.

Un enfant hérédo-syphilitique, âgé de 21 jours, né avant terme, présente une coloration violacée symétrique qui s'est progressivement développée des pieds au pubis et à l'épine iliaque antéro-supérieure. La teinte s'est intensifiée jusqu'à devenir noirâtre, s'accompagnant d'anesthésie et de refroidissement. Des troubles analogues apparaissent sur les mains. Le petit malade succombe.

L'autopsie et l'examen microscopique mettent en évidence des lésions diverses de nature syphilitique et, plus particulièrement, des altérations artérielles aboutissant à l'oblitération.

J. Margarot.

Contribution à l'étude de la pathogénie de l'endartérite oblitérante (Contribucion al estudio de la patogenia de la endarteritis obliterante), par J. Gibert-Queralto et M. Pallares Uge. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, année **10**, no 109, octobre 1934, p. 19.

Huit malades atteints d'endartérite oblitérante sans présenter de signes cliniques de diabète ont soit une glycémie élevée, soit une intolérance provoquée vis-à-vis des glucides. Leurs troubles circulatoires sont améliorés par l'insuline. Il s'agit de diabétiques occultes (Escudero).

G. P. et P. U. admettent que le point de départ des lésions artérielles se trouve dans des modifications parallèles du métabolisme des glucides et du cholestérol.

J. Margarot.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

L'or et le bismuth dans le traitement du lupus érythémateux (Gold and bismuth in the treatment of lupus erythematosus), par Smith. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **46**, no 10, octobre 1934, p. 399.

S. étudie et discute la valeur de la chrysothérapie et de la bismuthothérapie dans le lupus érythémateux. Il a traité 12 cas par la Sanocrysine et 12 autres cas par le Quinby avec des résultats sensiblement analogues : 42 o/o de guérisons avec l'or, 33 o/o avec le bismuth, 25 o/o d'améliorations notables avec l'or et 42 o/o avec le bismuth.

Il n'est pas douteux que l'or et le bismuth représentent des moyens

thérapeutiques supérieurs à toutes les médications anciennes. Mais l'or est plus toxique que le bismuth, il est susceptible de réactiver une tuberculose viscérale latente, il peut donner lieu à des réactions focales fâcheuses et son emploi nécessite des précautions spéciales. Pour ces raisons, à efficacité égale, il y a lieu de considérer le bismuth comme le traitement de choix. S. FERNET.

Archivio italiano di Dermatologia i Sifilografia e Venereologia (Bologne).

Contribution à l'étude des accidents sanguins de l'arsénobenzol, par Mario ARTOM. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia,* vol. **10**, fasc. 6, octobre 1934, p. 608. Sept pages de bibliographie.

Cet article est une leçon de Professeur, où l'auteur fait un exposé magistral des notions actuellement acquises sur cette question dont l'intérêt scientifique est grand, mais le cède encore à l'intérêt pratique. Le sujet est vaste, car, en dehors des hémopathies proprement dites, on pourrait y faire rentrer toutes les incidences de la thérapie arsénobenzolique sur l'appareil circulatoire. En se limitant seulement aux altérations sanguines, la question est aussi d'un abord difficile, car il n'y a pas de cloison étanche entre les différents types de ces altérations, qui souvent se succèdent et s'intriquent. Ces réserves étant faites, on peut ranger les altérations sanguines dues à l'arsénobenzol sous quatre rubriques : 1° hémorragies ; 2° purpura ; 3° anémies ; 4° agranulocytose.

Hémorragies. — Elles peuvent se montrer isolées et être alors, soit discrètes (épistaxis, gingivorragies) et sont alors un signe d'alarme qui doit éveiller l'attention et faire interrompre l'emploi de l'arsénobenzol, soit profuses et graves jusqu'au collapsus.

Purpura. — Il s'observe plus fréquemment et peut revêtir des aspects divers : *purpura simplex*, généralement bénin, mais signe d'alarme également important bien qu'on ait vu des cas où le traitement a pu être poursuivi sans qu'il s'ensuive d'aggravation ; *purpura avec hémorragies* souvent précédé de prodromes (nausées, vomissements, frissons) se manifestant par de larges taches ecchymotiques et s'accompagnant de modifications du sang (anémie, leucopénie) ; *purpura aigu* apparaissant généralement d'emblée sous forme de gingivorragies et d'épistaxis incoercibles, le moindre traumatisme provoque des hématomes volumineux, l'état général est gravement altéré (fièvres, asthénie, haleine fétide).

Anémies. — Ce groupe d'accidents est mal délimité et forme une transition entre les deux groupes précédents et le suivant. Elles peuvent se présenter sous deux formes : *anémie plastique*, qui offre les signes cliniques habituels des anémies, avec parfois fièvre, adénopathies, achylie gastrique, et surtout, modifications du sang : diminution

des globules rouges (jusqu'à 800.000), formes anormales de globules rouges : anisocytose, poïkilocytose, mégalocytose, polychromatophilie et, en outre, leucopénie. *Anémie aplastique* dont la symptomatologie objective diffère peu de la précédente, mais caractérisée par des altérations typiques du sang : diminution rapide du nombre des globules rouges, jusqu'à 1.000.000. Mais on ne rencontre pas de formes anormales de ces globules, ce qui démontre l'épuisement complet des organes hématopoïétiques. En outre, leucopénie, portant surtout sur les polynucléaires et thrombopénie, avec retard de la coagulation, allongement du temps de saignement, irrétractilité du caillot. Il manque dans cette forme d'anémie, par conséquent, les signes de *réaction médullaire*, tels qu'on les observe par exemple dans les anémies consécutives aux hémorragies ; elles sont dues, en effet, à des altérations de la moelle osseuse, ce qui a pu être vérifié anatomiquement et histologiquement.

Agranulocytose — Ce syndrome, dont les premières études sont dues à Turk (1907) et Schultz (1922), a fait, dans ces dernières années l'objet de travaux nombreux qui en ont bien fixé les caractères. Le Professeur A. rappelle la classification des différentes formes, qui a été proposée par Aubertin : 1° forme pure ; 2° forme associée, comprenant elle-même deux variétés : a) *avec syndrome hémorragique* ; b) *avec anémie et syndrome hémorragique* ; 3° forme fruste. Il en décrit les caractères cliniques et hématologiques parmi ces derniers, le plus caractéristique : la *granulocytopénie* qui peut aller jusqu'à l'agranulocytose absolue.

Mais le Professeur A. estime en outre que, à ces formes actuellement bien connues, il convient de rattacher d'autres hémopathies moins imposantes, moins graves et moins faciles à classer : syndromes hémophiliques, leucémiques, d'anémie pernicieuse, dus aussi à l'arsénobenzol.

A. discute ensuite la pathogénie de ces accidents ; il montre qu'il ne faut pas les attribuer à la syphilis, comme certains l'ont soutenu un certain temps, mais bien au médicament et surtout à ce composé qui est un de ses constituants : l'arsénoxyde. Toutefois, pour ce qui concerne l'agranulocytose, on a tendance à incriminer plutôt le noyau benzolique car les accidents de ce syndrome ont une grande analogie avec ceux que l'on observe dans l'intoxication par le benzol. Mais il semble aussi que l'on doive faire sa part au *facteur individuel*, comme paraît bien le montrer la plus grande fréquence de ces accidents dans le sexe féminin, ainsi que l'indifférence des doses, etc.

Le *traitement* sera, soit préventif soit curatif. Les moyens préventifs consistent surtout dans l'étude des antécédents des sujets à qui on veut appliquer le traitement par l'arsénobenzol, étude qui peut faire dépister une fragilité du sang constituant une prédisposition aux accidents, dans l'examen attentif du sujet et, en particulier, dans l'examen hématologique qui devrait précéder toujours l'emploi du médicament ; dans la surveillance au cours du traitement, qui permet le dépistage

des petits signes d'alarme (épistaxis, purpura, etc.). Les moyens curatifs comprennent, outre les méthodes antihémorragiques banales et courantes : l'auto-hémothérapie, l'opothérapie, hépatique ou gastrique, enfin la radiothérapie à doses faibles sur les os longs.

A. conclut en montrant l'importance, pour le praticien, de bien connaître ces accidents, de bien connaître les moyens de les prévenir et de les guérir, alors surtout que, actuellement, les indications du traitement arsénobenzolique ont tendance à s'élargir et à ne pas se limiter seulement au traitement de la syphilis

Belgodere.

A propos d'un cas peu commun d'érythème polymorphe, par Mario Tamponi. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilographia e Venereologia*, vol. **10**, fasc. 6, octobre 1934, p. 652, 7 fig. Bibliographie.

Description d'un cas peu commun d'érythème polymorphe bulleux du type principalement de l'herpès iris ou en cocarde de Bateman, qui, par son aspect clinique, par les proportions de ses éléments, par les caractères histologiques, par sa durée et par son évolution se différenciait notablement des limites de l'observation commune. A son début, cette dermatose fut caractérisée cliniquement par des éléments érythémato-papuleux à base légèrement infiltrée, sur lesquels, à des intervalles de temps variables pour les divers éléments mais en général très courts, se produisirent des soulèvements épidermiques à type bulleux et à contenu séro-hématique. Ces éléments par la suite subirent dans leur aspect des modifications importantes par suite d'une extension centrifuge prononcée avec résolution centrale et formation et présence pendant toute la durée de la maladie d'une collerette épidermique. En outre, pendant toute son évolution, la maladie suivait une progression évidente par poussées : une première poussée par des éléments éruptifs de la main ; une deuxième à la nuque, une troisième sur les parties latérales du cou. En outre depuis son début, la dermatose s'est accompagnée de phénomènes généraux d'abord légers, puis plus graves parallèlement avec les alternatives d'amélioration et d'aggravation de la manifestation cutanée. Cette éruption était en outre remarquable par ses localisations, par sa bilatéralité et par sa symétrie. Tous les examens culturaux et bactériologiques effectués *in loco* demeurèrent négatifs, tandis que par l'hémoculture, on put isoler du sang un streptocoque.

Après quelques considérations au sujet du diagnostic, l'auteur fait un examen de la systématisation actuelle de la forme bulleuse de l'érythème polymorphe, systématisation qui n'est ni très claire ni très précise et il estime que l'on doit rigoureusement assimiler à cette forme clinique seulement les cas qui, d'une manière générale, conservent les caractéristiques cliniques et topographiques surtout de la forme initiale de Hebra.

La constatation par l'hémoculture d'un streptocoque fournit à T.

l'occasion de quelques brèves considérations sur l'étiologie de l'érythème polymorphe. Dans l'état actuel de nos connaissances, il estime que cette forme morbide doit être considérée comme un syndrome dont les causes peuvent être multiples et de nature diverse.

BELGODERE.

Sur la vascularisation des annexes cutanées (Recherches anatomiques), par Giovanni TRUFFI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. **10**, fasc. 6, octobre 1934, p. 681, 8 fig. Sept pages de bibliographie.

Ce travail important et remarquable d'histologie cutanée, illustré de belles figures en noir et en couleurs, ne peut, cela va sans dire, se prêter à une analyse, puisqu'il s'agit de particularités histologiques où le plus minuscule détail a son importance et ne peut être négligé. Il existait déjà de nombreux travaux sur la distribution des vaisseaux sanguins dans la peau, ainsi qu'en fait foi la copieuse bibliographie que T. a réunie. Mais T. a remarqué que l'attention des chercheurs ne s'était pas particulièrement appesantie sur l'irrigation des annexes de la peau : follicules pilaires, glandes sébacées, glandes sudoripares, ongles. Cette question est cependant d'une importance facile à concevoir au point de vue dermatologique, car la connaissance des dispositions spéciales du système circulatoire des annexes peut nous fournir dans bien des cas la clef du mécanisme physio-pathologique de beaucoup de dermatoses. Outre l'exposé de ses constatations personnelles, l'auteur fait l'historique des travaux antérieurs et donne aussi d'utiles indications techniques sur les diverses méthodes d'étude des vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Nous nous bornerons à reproduire les considérations générales par lesquelles T. conclut l'exposé de ses recherches et qui en feront comprendre le grand intérêt.

Les descriptions faites par T. montrent avant tout que, dans les zones de peau velue, et en particulier au cuir chevelu, toute la vascularisation cutanée, non seulement est plus abondante, mais encore qu'elle présente des caractères particuliers. En effet, entre les différents réseaux artériels, veineux, lymphatiques de la peau, il existe, dans la peau velue, un lacis vasculaire qui ne se rencontre pas dans la peau glabre, lacis qui est constitué par les nombreuses anastomoses qui s'établissent entre les dérivations des rameaux anastomotiques et entre les réseaux qui viennent à se former autour des glandes et des poils.

Pour ce qui concerne plus directement la vascularisation sanguine, dans la peau velue, se trouve interposé entre le réseau superficiel et profond, un vaste réseau anastomotique, en partie extra-annexiel et en partie intimement uni aux annexes.

De même, pour ce qui concerne les vaisseaux lymphatiques, bien qu'on ne puisse pas démontrer des distributions propres et spéciales pour chacune des annexes, on peut cependant, dans la peau velue, voir

se former un lacis vasculaire localisé plus particulièrement dans la zone annexielle, réseau qui n'existe pas ou qui, en tout cas, est beaucoup moins développé et beaucoup moins évident dans les parties glabres de la peau.

Mais, en dehors de ces particularités régionales, existe ce fait, que les travaux de l'auteur ont démontré chez le fœtus, et qui a été démontré par d'autres chez l'adulte, que, à chaque follicule, à des degrés divers suivant les zones, correspond une vascularisation sanguine et en particulier artérielle beaucoup plus abondante qu'on ne la rencontre dans les portions intermédiaires de la même région. L'irrigation du follicule que l'on peut considérer comme un vaste réseau anastomotique interposé entre les réseaux superficiels et profonds et qui atteint son maximum de développement au niveau du collet, peut bien justifier une circulation plus active à ce niveau, et une activité plus grande des processus d'échange, de nutrition et d'élimination.

Ces données anatomiques, en même temps qu'elles nous permettent, d'une part, de comprendre que tous les phénomènes fonctionnels d'un poil ne sont pas liés seulement au vaisseau papillaire, lequel du reste a une origine commune avec celle du réseau folliculaire, nous mettent aussi en mesure de comprendre la raison de certaines localisations péri-folliculaires dans certains cas de dermatoses infectieuses ou toxiques.

D'autre part, puisque le maximum d'irrigation folliculaire, comme T. le montre dans son travail, se montre au niveau du cuir chevelu, on peut tirer de ce fait l'explication anatomique du fait que le système pilifère de cette région ressent plus énergiquement l'influence des substances toxiques à action alopéciante.

BELGODERE.

Il Dermosifilografo (Turin).

Myélite du zona, par AUTOM. *Il Dermosifilografo*, année 9, n° 10, octobre 1934, p. 529. Bibliographie.

La pathogénie du zona a fait l'objet de nombreuses discussions qui ont une grande importance doctrinale puisqu'elles soulèvent l'importante question des rapports entre les affections nerveuses et les affections cutanées. Aussi tous les cas où s'observe l'association de manifestations cutanées et nerveuses sont-ils un objet d'étude intéressant.

A. rapporte pour cette raison l'observation d'une femme de 57 ans, qui fut atteinte d'abord d'un zona intercostal d'apparence banale et qui s'acheminait même vers la guérison lorsque survinrent des troubles généraux et nerveux graves : fièvre et paraplégie complète avec tout son cortège symptomatique habituel ; la cachexie, les eschares de décubitus s'ensuivirent et la malade succomba au bout de 25 jours. L'autopsie révéla un foyer de ramollissement de la moelle au niveau des seg-

ments dorsaux VI et VII. L'examen histologique montra des signes évidents de dégénérescence du parenchyme nerveux, avec infiltrations leucocytaires, lésions inflammatoires des vaisseaux, des ganglions rachidiens, des racines postérieures et des méninges.

Pendant longtemps, en raison des troubles sensitifs qui l'accompagnent, le zona a été considéré comme un syndrome radiculo-ganglionnaire ; mais en 1896, Brissaud se basant sur la constatation des troubles trophiques observés parfois, soutint la possibilité d'une lésion centrale, d'une participation médullaire. Depuis, de nombreux auteurs ont publié des travaux qui sont venus appuyer cette opinion et dont A. fait la revue bibliographique et ces travaux ont mis en évidence des analogies entre le zona et la polyomyélite antérieure aiguë.

Du reste, l'examen des troubles sensitifs suffirait à lui seul à confirmer la théorie spinale du zona, car ces troubles s'étendent souvent à des territoires bien plus étendus que celui d'un simple ganglion rachidien ; et les troubles moteurs eux-mêmes frappent souvent des groupes musculaires très éloignés de ceux des racines sensitives primitivement atteintes.

Mais la dépendance anatomo-pathologique du zona d'une lésion de type inflammatoire au ganglion cérébro-spinal et aux racines postérieures étant admise, ainsi que la participation médullaire, une question reste à résoudre : la question étiologique, celle de la nature de la cause du zona. Il s'agit de savoir s'il existe un zona *idiopathique* dû à un virus spécial et des zonas *symptomatiques*, dus à l'action sur le ganglion d'autres virus. Jusqu'ici, la question n'a pu être résolue par des preuves biologiques. Mais nous avons des arguments cliniques, tels que le cas du zona varicelleux, dont l'existence est aujourd'hui bien admise ; et, par contre, il existe aussi sans aucun doute des zonas non varicelleux. Il semble donc bien que l'on peut admettre que le ganglion spinal pourrait réagir par une réaction morphologiquement et cliniquement égale aux influences les plus variées. A. fait une comparaison juste avec la paralysie faciale, qui peut survenir sous l'influence de causes multiples et qui peut s'accompagner de lésions centrales identiques, quelle que soit la cause initiale.

Belgodere.

Hémoangioendothéliome circonscrit de la joue, par Mario Verzola. *Il Dermosifilografo*, année 9, nº 10, octobre 1934, p. 543, 5 fig. Bibliographie.

Observation d'un homme de 53 ans, qui s'était fait en se rasant une petite coupure à la joue. Sur cette petite blessure se développa une petite tumeur qui atteignit le volume d'un pois chiche ; sa surface était rouge sombre, lisse, brillante, sèche, dépourvue de croûtes et de poils ; des sillons profonds la divisaient en trois lobes ; sa consistance était élastique, elle était rattachée à la peau par un pédicule. Cette tumeur fut enlevée ; une partie fut utilisée à des auto-inoculations sur le malade et à des inoculations au lapin ; ces inoculations furent négatives.

A l'examen histologique, la tumeur était revêtue d'épiderme sur toute sa surface, la masse de la lésion était formée d'une quantité énorme de capillaires béants autour desquels on observait une prolifération d'éléments de forme polygonale et en fuseau à noyau globuleux riche en chromatine, d'origine endothéliale évidente ; on y voyait aussi de nombreuses caryocinèses à tous les stades de développement, la prolifération néoplasique était plus abondante dans le voisinage du pédicule.

L'auteur fait remarquer les difficultés du diagnostic de cette lésion. Parmi les tumeurs pédiculées de la peau, celles que l'on observe le plus souvent sont les pseudo-botriomycomes et les tumeurs granulomateuses. V. rapporte les observations de deux cas qu'il a eu l'occasion d'étudier de la première catégorie et d'un de la deuxième ; il en décrit les caractères cliniques et histologiques et montre à cette occasion les différences qui les distinguent du premier malade étudié. Chez celui-ci, en effet, épiderme intact ; dans le botriomycome, surface érosive et recouverte de sécrétion muco-purulente ou de croûte ; dans le granulome, la surface est encore plus fortement entamée. Dans le premier cas : consistance fibreuse ; dans le botryomycome : consistance élastique ; dans le granulome : consistance gélatineuse. Enfin, si, dans ces trois types de tumeurs, il y avait un caractère commun : le développement considérable des vaisseaux capillaires, elles différaient entre elles par la nature des autres éléments histologiques : dans le premier cas : cellules d'origine endothéliale avec nombreuses caryocinèses ; dans le botriomycome, présence de nombreux éléments polymorphes ; dans le granulome, présence surtout de polynucléaires. De sorte que, si les deux derniers groupes peuvent être considérés comme des lésions de nature simplement inflammatoire, la première doit être considérée comme une néoplasie vraie. V. discute la nature de cette néoplasie : il élimine l'épithéliome, le nævo-épithéliome, le fibrome, le fibro-angiome, l'angio-sarcome, le sarcome solitaire. Il conclut au diagnostic de *hémo-angio-endothéliome circonscrit*.

BELGODERE.

Contribution à l'étude des phénomènes allergiques cutanés dans l'ulcère vénérien (Note II : Sur le comportement de la réactivité cutanée à la suite d'injections répétées intradermiques de vaccin streptobacillaire), par Félice BRUNETTI et Giacomo SERRA. *Il Dermosifilografo*, année **9**, n° 10, octobre 1934, p. 534. Bibliographie.

Cet article est la suite de la série de recherches dont la première partie a été analysée précédemment. Sur un premier groupe de 535 sujets a été étudié le comportement de la réactivité cutanée chez des sujets anergiques parce qu'ils étaient préalablement indemnes de chancre mou (de préférence des enfants) sous l'influence d'injections répétées de vaccin streptobacillaire (Dmelcos), ces injections étant pratiquées en des sièges divers. Sur ces 35 sujets, on put obtenir l'allergisation de la peau à des degrés divers sur 24 cas, soit une proportion de 68,6 o/o.

Le pourcentage le plus élevé fut atteint pour les positivités nettes ; le pourcentage le moins élevé pour les positivités très fortes. La sensibilisation se manifesta dans 9 cas après la troisième injection de Dmelcos, dans 5 cas après la quatrième, dans 4 cas après la cinquième, dans 2 cas après la sixième. Ces injections étaient pratiquées dans la même région. D'autres furent faites en espaçant le point des injections, la réaction cutanée se manifesta aussi bien évidente, mais moins intense que pour les injections faites dans des zones rapprochées.

Sur un second groupe de 20 sujets, les injections furent pratiquées toutes au même point suivant la technique de Lehner et Rajka ; par cette méthode, on put obtenir un pourcentage de sensibilisations beaucoup plus élevé et la sensibilisation fut atteinte aussi plus rapidement.

On peut donc se considérer comme autorisé à affirmer la possibilité de l'allergisation des sujets anergiques au moyen d'injections répétées de Dmelcos, soit en des points différents, soit au même point. Mais il y a une différence entre cette allergie artificielle et l'allergie naturelle : tandis que cette dernière a une durée illimitée, la première n'est que temporaire et disparaît en général au bout de 20 jours environ.

Une autre série de recherches fut effectuée pour étudier les modifications de l'allergie cutanée, chez des sujets naturellement allergiques par suite de chancre mou antérieur, ou rendus artificiellement allergiques, quand on pratique chez ces sujets des injections intradermiques répétées de Dmelcos à petites doses : les résultats de ces recherches ne se sont pas montrés bien probants, ils furent contradictoires et d'une manière générale on ne put pas constater de variations appréciables dans le degré de positivité des intradermo-réactions.

Belgodere.

Premières recherches comparatives sur la réaction de déviation du complément avec l'antigène tuberculeux, dans le sérum du sang et dans le liquide de bulle des malades de tuberculose cutanée et viscérale. (Note préliminaire), par Umberto Boncinelli. *Il Dermosifilografo*, **année 9, nº 10, octobre 1934, p. 567. Bibliographie.**

L'auteur a effectué la réaction de déviation du complément par la technique de Calmette et Massol sur le sang et sur le liquide de bulle (obtenu au moyen de l'application d'un emplâtre cantharidé) chez 15 patients, dont 8 sans lésions spécifiques démontrables viscérales et atteints de tuberculose cutanée chez 6 d'entre eux, et de tuberculides chez 2 autres ; 2 étaient atteints de tuberculose pulmonaire sans altérations spécifiques de la peau ; 5 étaient cliniquement indemnes de tuberculose.

La réaction se montra négative dans 10 cas (2 lupus vulgaire, 2 lupus érythémateux, 1 scrofuloderme du cou, 5 sujets sains) soit avec le sérum du sang soit avec le liquide de bulle. Dans 3 cas (2 lupus vulgaires et 1 tuberculose pulmonaire), la réaction fut fortement (2) ou faiblement (1) positive avec égale intensité dans le sérum et dans le liquide

de bulle. Dans un cas (tuberculose pulmonaire), la réaction fut positive dans le sérum, négative dans le liquide de bulle. Enfin, dans un cas (scrofuloderme du cou) la réaction se montra positive dans le sérum et dans le liquide de bulle, mais avec plus d'intensité dans le premier.

Ces recherches permettent seulement d'affirmer que, dans le liquide de bulle des tuberculoses cutanées et viscérales, il est possible de démontrer la présence d'anticorps déviant le complément avec un antigène tuberculeux. L'interprétation des différences de résultats observées dans quelques cas entre la réaction de déviation du sérum du sang et la réaction du liquide de bulle correspondant, ne sera possible que par des recherches ultérieures plus complètes.

BELGODERE.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Régime lacté et métabolisme de l'eau dans les affections cutanées diffuses, par CHIALE. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia* vol. 75, fasc. 5, octobre 1934, p. 1615. Bibliographie.

Un groupe de malades a été soumis au régime lacté intégral (lait cru non manipulé, selon la dose requise par le malade) pendant une période de sept jours. A la fin de cette expérience, certains malades ne présentaient aucune modification dans leur état morbide (pemphigus, dermatite herpétiforme de Duhring, lupus vulgaire) ; d'autres avaient bénéficié d'une nette amélioration locale (eczéma à évolution érythrodermique, psoriasis, dermatite arsénobenzolique) : l'érythème, le suintement, l'infiltration, l'œdème, qui atteignaient une grande partie du tégument, et qui, dans la majorité des cas avaient résisté à des médications diverses, étaient réduits dans une mesure très appréciable ou complètement disparus, au point que l'on pouvait parler, dans des cas d'eczéma grave ou de psoriasis invétéré, de guérison clinique.

A côté de cette épreuve du régime, des expériences furent effectuées, dans le but d'apprécier les modifications du bilan de l'eau et du métabolisme hydrique sous l'influence d'un aliment de dilution typique, tel que le lait. Pour l'étude du bilan, il fut tenu compte des diverses quantités d'eau introduites (par les aliments, les boissons, l'oxydation (endogène et exogène) et des diverses éliminations (par voie rénale, intestinale, pulmonaire, cutanée) et des variations du poids. Pour l'étude du métabolisme hydrique, il fut tenu compte des caractéristiques volumétriques du sang (masse totale, masse globulaire, masse plasmatique) et du contenu protéique (pourcentage des protéines, pression colloïdo-osmotique, en fonction desquels varie l'hydrophilie plasmatique).

Ces recherches ont démontré la profonde altération du bilan hydrique dans les dermatoses diffuses : les éliminations intestinales ou pulmonaires restant invariées, ou se modifiant seulement par des causes locales, la diurèse est quelque peu diminuée ; par contre l'élimination

cutanée augmente dans une très large mesure (même plus de 3.500 centimètres cubes) au point qu'elle dépasse souvent à elle seule l'ensemble des autres éliminations et qu'elle met en déficit le bilan hydrique total.

Quant au groupe de recherches sur le métabolisme hydrique, elles ont mis en lumière un état d'hydrémie avec modification du rapport plasma-globules en faveur de la fraction liquide du sang ; la masse totale n'est pas augmentée ; la masse globulaire par conséquent est diminuée, non seulement dans sa valeur relative, mais aussi dans sa valeur absolue. L'hypo-albuminose relative (et absolue) et la diminution de la pression colloïdo-osmotique démontrent la forte teneur en eau du plasma (hydrémie vraie et non hyperplasmie).

L'action du régime lacté s'exerce sur chacune de ces valeurs : elle est essentiellement équilibratrice ; c'est pourquoi ces valeurs varient dans le sens d'un rapprochement vers l'état normal : diminution du volume plasmatique, augmentation relative (et absolue) du volume globulaire, augmentation du pourcentage des protéines et de la pression colloïdo-osmotique du sérum ; diminution de l'élimination cutanée, au bénéfice de la diurèse.

Le mécanisme en vertu duquel de tels effets se manifestent consiste très probablement dans une augmentation initiale de la diurèse, avec réduction de l'état hydrémique (et de la chlorurémie) et augmentation de la pression osmotique du sang, avec un appel consécutif du liquide des tissus et élimination à travers le parenchyme rénal. Ces phénomènes sont-ils précédés ou accompagnés d'une action sur l'affinité des tissus pour l'eau, dans le sens d'une diminution, c'est ce qu'il est actuellement impossible soit d'admettre soit d'exclure.

BELGODERE.

Sur le comportement des hormones préhypophysaires (Prolan A et B) dans quelques dermatoses, par Gian Battista COTTINI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. 75, fasc. 5, octobre 1934, p 1653. Bibliographie.

L'auteur rappelle le développement continu et riche de promesses de nos connaissances en endocrinologie. Ces notions nouvelles ont trouvé des applications particulièrement intéressantes dans le domaine dermatologique et ont donné l'espoir de pouvoir élucider la pathogénie si obscure de beaucoup de dermatoses. Des jalons importants ont été déjà posés dans cette direction : thyroïde et psoriasis ; thyroïde, ovaire et pelade ; parathyroïde et sclérodermie ; glandes génitales et acné, etc.

Une date importante dans l'histoire de l'endocrinologie est celle du premier travail de Ascheim et Zondek en 1927, qui fit connaître l'existence du Prolan A et B et mit en évidence des relations entre l'antéhypophyse et l'ovaire ; ces recherches ont déjà abouti à des applications pratiques pour le diagnostic biologique de la grossesse. Mais en outre, la présence d'une de ces hormones ou de toutes les deux a été signalée dans les urines de sujets atteints de maladies diverses (cancers, Base-

dow, myxœdème, acromégalie, etc.) et aussi dans diverses affections cutanées (prurit, urticaire, eczéma, pelade, etc.). Ces constatations ouvrent à la pathologie de larges horizons.

L'auteur lui-même a pu constater la présence de Prolan A et B dans l'urine d'une malade atteinte de dermatite herpétiforme de Duhring. Il a été conduit ainsi à rechercher la présence de ces hormones chez d'autres sujets atteints de maladies cutanées et vénériennes diverses. Il a ainsi étudié, en utilisant la technique de Friedmann et celle de Eberson et Silverberg, 43 cas et il a obtenu un résultat positif, pour le Prolan A seulement chez 7 malades. Ces constatations positives ont été contrôlées par l'épreuve de Ascheim-Zondek. Pour mieux établir et expliquer les éventuels résultats positifs d'élimination d'hormone anté-hypophysaire, l'auteur a effectué aussi simultanément des recherches sur le système neuro-végétatif et endocrine, sur le fonctionnement du rein et du foie, et lorsque cela fut possible également sur le liquide céphalo-rachidien.

L'auteur discute les résultats obtenus et envisage les différentes hypothèses qui peuvent se présenter à l'esprit. Cette discussion ne peut se résumer et du reste elle met en évidence une extrême complexité d'actions et d'interactions réciproques, d'interférences multiples qui ne permettent pas, dans l'état actuel de nos connaissances, de tirer une conclusion ferme. BELGODERE.

Contribution à l'étude de l'affection dite pemphigus successif à kystes épidermiques, par A. RADAELI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. 75, fasc. 5, octobre 1934, p. 1687, 6 fig. Bibliographie.

Description et étude d'un cas de dermatose dystrophique à type d'épidermolyse bulleuse, que l'auteur croit pouvoir rattacher au pemphigus successif à kystes épidermiques. Le tableau clinique n'est pas typique, à cause de la présence d'éléments bulleux dispersés sur toute l'étendue cutanée, et qui aboutissent à la résolution sans reliquats d'atrophie et de pigmentation et à cause de la présence de nombreuses et vastes plaques atrophico-pigmentaires, disposées sans ordre ni symétrie sur le tronc et sur les membres, secondaires, non à des éléments bulleux, mais à de vastes désépithélisations traumatiques. Le symptôme de Nikolsky est très évident sur toute la surface cutanée. Au niveau de petites taches érythémateuses qui sont interprétées comme la première ébauche de la lésion bulleuse, l'auteur trouve, à l'examen histologique, de nombreux et vastes décollements épidermiques juste sur la ligne frontière dermo-épidermique. Le derme papillaire offre d'importants signes de régression qui sont représentés par l'absence de fibres élastiques et par une notable raréfaction du derme papillaire.

En se basant sur ces constatations, l'auteur envisage une hypothèse pathogénique : c'est-à-dire que, dans le cas étudié, il y aurait, par suite des lésions observées, une augmentation de la fragilité du derme et une rigidité plus grande de celui-ci par défaut de tissu élastique ; le

derme ne pourrait plus s'adapter avec la promptitude voulue à toutes les modifications de forme et de volume qui lui sont imposées soit par les actions extérieures, soit par la succession des phénomènes vitaux les plus variés dans l'intimité même des tissus.

C'est ainsi que se produiraient facilement des fractures, facilement la formation d'éléments bulleux, facilement la desépithélisation de la peau à la suite de traumatismes.

L'auteur développe ensuite quelques considérations sur l'étiologie de la maladie et sur le traitement qui a été utilisé. R. croit que tous les troubles, portant sur tous les organes de l'économie, peuvent avoir une influence sur l'aggravation de la dermatose, et ce qui le montre, c'est que, dans le cas étudié, l'amélioration des conditions générales amena une grande amélioration parallèle des lésions cutanées sans que l'on eût recours à aucune thérapeutique spéciale.

Belgodere.

Psoriasis et acide urique, par Angelo Scarpa. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. 75, fasc. 5, octobre 1934, p. 1709. Bibliographie.

L'auteur rappelle tout d'abord dans un exposé synthétique les notions actuellement acquises sur la physiopathologie du métabolisme général et cutané de l'acide urique et sur les corrélations hypothétiques entre les altérations de ce métabolisme et les dermatoses en général et le psoriasis en particulier. Il rappelle ensuite les recherches intéressantes, mais rares, pratiquées jusqu'alors par d'autres auteurs particulièrement sur le contenu en acide urique de la peau des sujets normaux et surtout dans les zones saines et malades et dans les squames des psoriasiques. Mais dans ces recherches partielles, les résultats qui ont été obtenus jusqu'alors sont assez disparates ; aussi l'auteur s'est-il proposé de doser l'acide urique simultanément dans le sang, dans l'urine, dans la peau saine et malade et dans les squames de dix sujets atteints de psoriasis et de six autres atteints d'autres dermatoses squameuses.

Il expose en détail les méthodes de recherche employées et développe des considérations analytiques relatives à chacun des résultats obtenus.

De ces résultats, il tire les conclusions suivantes :

a) il n'a pas réussi à mettre en évidence une altération du contenu en acide urique du sang et de l'urine des psoriasiques ;

b) chez quelques-uns d'entre eux, on constate une augmentation évidente de l'acide urique cutané, par comparaison avec les autres dermatoses ;

c) une telle augmentation est particulièrement marquée chez les psoriasiques de date relativement récente ;

d) le contenu en acide urique est toujours plus grand dans la peau saine que dans la peau malade des psoriasiques, contrairement à ce que l'on observe dans d'autres dermatoses squameuses ;

e) peut être une telle différence entre l'acide urique de la peau saine et malade des psoriasiques est-elle due à la plus grande proportion

d'eau dans les tissus enflammés, de sorte que la différence serait plus apparente que réelle ;

f) les squames en général contiennent une quantité élevée d'acide urique, qui est souvent plus grande dans celles des psoriasiques que pour les autres dermatoses ;

g) le taux de l'acide urique des squames est en général en relation quantitative avec celui de la peau, en tenant compte naturellement de la composition différente de l'un et de l'autre tissu au point de vue de la proportion d'eau. BELGODERE.

Le métabolisme de l'acide urique chez les sujets psoriasiques à régime apurinique et hyperpurinique, par J. LEVIN. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. 75, fasc. 5, octobre 1934, p. 1731. Bibliographie.

L'auteur rappelle que, parmi les différentes théories qui ont été proposées pour expliquer la pathogénie du psoriasis, celles qui invoquent les altérations de la nutrition générale ont toujours occupé une place de premier plan. Il s'agit là de conceptions qui ne présentent pas seulement un intérêt théorique, mais aussi une importance pratique, puisqu'elles entraînent nécessairement des conclusions thérapeutiques, des indications diététiques.

Les uns ont invoqué un trouble du métabolisme des protides : le psoriasis résulterait d'une accumulation d'Az dans l'organisme cutané. Pour d'autres, il faut incriminer un trouble du métabolisme des lipides : ils invoquent à l'appui de cette opinion la teneur augmentée des lipides dans le sang des psoriasiques.

En tout cas, les rapports entre le facteur alimentaire et le psoriasis, quel que soit le mécanisme de ces rapports, semble bien établi par de nombreux faits. Il convient, à ce point de vue, de ne pas négliger l'importance du métabolisme purinique, qui est en liaison étroite avec celui des protides. A cet égard, il était intéressant d'étudier, dans le psoriasis, le métabolisme de l'acide urique, comme expression du comportement de l'organisme psoriasique à l'introduction continue de quantités de purines inférieures ou supérieures aux quantités moyennes du régime mixte.

L'auteur a effectué une série de recherches suivant ces directives : il a étudié chez 8 psoriasiques le métabolisme de l'acide urique, recherchant l'uricémie et l'uricurie pendant trois périodes diverses : une période de régime apurinique, une seconde de régime hyperpurinique, et enfin une troisième de régime apurinique.

Il a constaté que l'uricémie demeure normale pendant le régime apurinique, et qu'il se produit une augmentation de l'uricémie, qui ne dépasse pas les valeurs normales, pendant la période de régime hyperpurinique. Pour ce qui concerne l'élimination rénale d'acide urique, elle aussi est plutôt basse pendant la période de régime apurinique ; elle augmente sous l'influence du régime hyperpurinique, mais sans

atteindre des valeurs plus élevées que celles qui sont normales pour un régime apurinique.

Se basant sur ces résultats, l'auteur admet que, dans l'organisme des psoriasiques, comme cela s'observe chez les eczémateux, il se produit des phénomènes de réponse anormale à l'introduction de l'acide urique. Ces phénomènes ne pourront recevoir une explication définitive que par de nouvelles études qui devront être poursuivies dans le but d'éclairer les rapports généraux entre la peau malade et le métabolisme purinique. BELGODERE.

Lésions cutanées dans la lymphogranulomatose inguinale aiguë de Nicolas et Favre, par Alberto MIDANA. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. 75, fasc. 5, octobre 1934, p. 1743, 2 fig. Bibliographie.

L'auteur rapporte un cas de maladie de Nicolas et Favre avec adénopathie importante et lésions cutanées à l'abdomen, aux régions fessières et aux cuisses. Ces lésions cutanées, par leur aspect objectif, simulaient une forme banale de pyodermite à type ecthymateux, et elles furent, pendant une première période, traitées comme telles, sans succès.

Mais la réaction de Frei fortement positive, provoquée chez le malade lui-même et chez d'autres sujets porteurs de poro-adénite, avec l'extrait obtenu des lésions mêmes, et de plus la reproduction des lésions obtenue chez le malade lui-même au moyen du matériel fourni par une des lésions, inoculé intradermiquement, ont démontré la nature spécifique des lésions cutanées.

L'auteur, après avoir attiré l'attention sur la rareté de telles observations, insiste sur le fait que ces localisations atypiques démontrent que le virus inconnu de la poradénite inguinale, s'il a pour le système lymphatique une affinité bien connue, peut dans certains cas, cependant rares, présenter une activité dermotrope très nette.

BELGODERE.

Contribution à la connaissance des dystrophies localisées des hérédo-luétiques : Dystrophies et malformations digitales, par P. PINETTI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. 75, fasc. 5, octobre 1934, p. 1755, 3 fig. Bibliographie.

L'auteur décrit un cas de syphilis congénitale dans lequel, en outre de nombreux reliquats de lésions gommeuses cutanées et osseuses antérieures, on constatait une brachydactylie marquée et symétrique, du quatrième doigt, un raccourcissement du cinquième doigt à gauche et des lésions dystrophiques unguéales.

Certaines données cliniques et l'examen radiologique confirmaient la nature luétique de ces malformations, non pas dans le sens d'une dystrophie, mais d'un reliquat de lésions tréponémiques antérieures, datant de la première enfance.

Après avoir passé en revue les diverses malformations digitales, qui ont été décrites comme signes de syphilis congénitale, l'auteur, en se basant sur ses observations et sur les données recueillies dans la litté-

rature, attire l'attention sur les interprétations pathogéniques variées qui peuvent être données à ces anomalies.

Belgodere.

Medycyna (Varsovie).

La forme bénigne de l'Acanthosis nigricans, par Bernhardt. *Medycyna,* n° 19, 7 octobre 1934, p. 665, 2 fig.

On appelle formes bénignes de l'*Acanthosis nigricans* les cas dans lesquels il n'existe pas de néoplasme viscéral.

En dehors de l'*Acanthosis nigricans* dit juvénile, il existe des formes bénignes chez l'adulte. B. en a observé onze cas dont dix chez des femmes.

Certains cas sont exclusivement limités aux aisselles ; l'aspect lichénoïde l'emporte sur l'hyperkératose, la teinte est assez claire, l'évolution lente, sans tendance à la généralisation ; ces formes méritent le nom de « formes frustes ».

A côté d'elles, il est des cas plus accusés, intéressant la majorité des plis et des cas s'accompagnant de lésions disséminées sur tout le corps (papillomatose nummulaire et confluente de Gougerot et Carteaud).

La structure histologique des formes bénignes frustes ou accusées est la même que celles des formes concomitantes à l'évolution d'une néoplasie viscérale.

La pathogénie reste très obscure. S'il est d'usage d'invoquer des troubles endocriniens, il faut reconnaître que nous ignorons quelle est la glande qui équilibre les processus d'hyperplasie, d'hyperkératose et de papillomatose. La clinique nous apprend que l'*Acanthosis nigricans* coexiste fréquemment avec d'autres kératinisations anormales : kératose pilaire, psoriasis, kératodermies plantaires et palmaires. On constate d'ailleurs qu'il existe une parenté étiologique et pathogénique de tous les troubles de la kératinisation et que la tendance aux kératinisations anormales est quelquefois héréditaire. S. Fernet.

Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii.

Les maladies vénériennes et la famille, par D. J. Kontchilovitch et G. N. Gousseff. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii,* n° 2, 1934, pp. 102-107.

Les examens des membres des familles des malades vénériens permettant de découvrir à temps les contagions familiales et de les combattre d'une manière précoce et intense constituent une des méthodes prophylactiques les plus efficaces. C'est ce que prouvent les données des auteurs qui ont pratiqué ces examens de famille durant 6 ans au cours de la période 1926-1931. Sur 1.805 familles examinées, il y avait 672 familles syphilitiques et 1.133 blennorragiques. Les familles des

syphilitiques totalisaient 2.101 membres, celles des blennorragiens 2.668, mais tous les membres n'ont pas pu être examinés. Les membres des familles syphilitiques examinés ont été au nombre de 1.886 (89,8 o/o), ceux des blennorragiens au nombre de 2.422 (90,8 o/o). Parmi les 1.484 familles examinées au total, on a trouvé 2.574 malades, soit 65,7 o/o. La fréquence des examens de famille augmente d'année en année, tandis que le nombre des malades diminue. Dans 75,4 o/o des cas, c'est l'homme qui infecte la famille ; dans 20,6 o/o c'est la femme et dans 4 o/o ce sont les enfants. Les femmes sont infectées dans les familles dans 68,1 o/o des cas, les enfants dans 22,5 o/o et les hommes dans 9,4 o/o. Parmi les syphilitiques mariés, on a constaté 29,5 o/o de cas contagieux et parmi les membres de leurs familles 24,4 o/o. Les blennorragiens aigus mariés qui sont au nombre de 63 o/o avaient dans leurs familles 74,5 o/o de malades blennorragiques. Les enfants malades des syphilitiques montaient à 38,8 o/o, dont 20,9 o/o héréditaires. Le rôle de la prostitution diminue d'année en année au fur et à mesure de la disparition du chômage. C'étaient les prostituées qui semaient en 1926 le plus grand nombre de contagions pour la syphilis et la blennorragie ; en 1931, leur participation est minime. Au contraire, les femmes d'occasion entrent de plus en plus en jeu, comme sources d'infection vénérienne. Les familles sont infectées le plus souvent par la voie génitale, surtout pour la blennorragie. Plus la famille est cultivée, moins il y a de cas de transmission extra-génitale, grâce à la connaissance des règles hygiéniques et sanitaires. Les familles paysannes et ouvrières surtout souffrent de la contagion vénérienne apportée dans leur sein par le malade. BERMANN.

La clinique des accidents de la salvarsanothérapie, par S. S. LOURIÉ et T. F. IOUDALÉVITCH. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 2, 1934, pp. 113-129.

Les données des auteurs sont basées sur l'analyse de 1.156 cas de syphilis acquise traités à la clinique de l'Institut Vénéréologique d'État pendant une période de 5 ans (1924-1929). Les auteurs n'ont compté que les accidents dus au néo, la plupart des malades ayant eu un traitement mixte. Les malades ont reçu en tout 9.248 injections intraveineuses de néo, dont 8 en moyenne par malade. Parmi les malades, il y avait 712 hommes et 444 femmes. D'après les formes de la syphilis, les malades se répartissaient ainsi : chancre dur, 193 cas ; syphilis secondaire active, 761 ; latente, 77 ; syphilis tertiaire gommeuse, 282 ; latente, 94 ; neuro-syphilis, 49.

Les accidents salvarsaniques ont été observés chez 209 malades (18 o/o) qui ont présenté en tout 331 réactions, certaines réactions coexistant à la fois chez le même malade. Parmi ces 209 malades intolérants, il y avait 109 hommes et 100 femmes. 50 malades n'ont été traités que par le néo, 149 par le néo associé au bismuth et 10 par le néo combiné au mercure. Des accidents graves ont été observés chez

32 malades (15,4 o/o), moyens, 82 (39,2 o/o) et bénins, 95 (45,4 o/o). Selon la fréquence de ces accidents, on a observé : des phénomènes méningés 100 fois, des réactions hyperthermiques 96 fois, des dermatites 58 fois, des troubles gastro-intestinaux 47 fois, des exanthèmes 16 fois, des crises nitritoïdes 13 fois et d'ictère 1 fois.

Les auteurs étudient en détail tous ces accidents qui sont le plus souvent survenus chez des femmes (proportionnellement) atteintes de syphilis secondaire et recevant leurs premières injections intraveineuses. Ils exhortent à une prudence extrême, surtout chez les malades intolérants. BERMANN.

La marche du rachitisme chez les enfants hérédo-syphilitiques, par A. S. ROSENTHAL et A. M. MOGUILÉVITCH. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 2, 1934, pp. 129-139.

Après avoir rapporté les notions générales sur les relations du rachitisme et de la syphilis congénitale, les auteurs apportent leurs observations personnelles concernant 46 enfants rachitiques et hérédo-syphilitiques.

L'anamnèse montre que les mères passaient leur grossesse dans des habitations humides, sombres, mal aérées et mal ensoleillées. C'est dans des conditions pareilles que les enfants ont passé le début de leur vie, mal nourris ou irrationnellement. Il n'y eut que 9 enfants indemnes d'accidents cutanés. 9 enfants avaient des manifestations hépatiques, spléniques ou rénales de la viscéro-syphilis. 39 enfants présentaient des lésions osseuses diverses combinées dans les formes les plus diverses : ostéoporoses, ostéoscléroses, périostites, ostéochondrites, gommes, etc. Les enfants présentaient une anémie, une hypotrophie, une déficience physique et psychique, se nourrissaient et dormaient mal. Les signes de rachitisme ont été constatés chez 19 dès l'entrée dans le service et chez 10 un peu plus tard, mais toujours sous une forme légère ou moyenne ; la forme grave n'a jamais été observée. Les autres enfants n'ont pas présenté de signes rachitiques, car ils sont entrés très jeunes et n'ont pas été longtemps à l'hôpital.

Les deux signes cardinaux du rachitisme observés chez tous les enfants sans exception étaient l'hypotonie musculaire, surtout à 5-6 mois et les chapelets rachitiques surtout visibles et palpables à 4 mois. Chez 72 o/o des enfants, on apercevait de fortes bosses frontales et pariétales, surtout à l'âge de 3-4 mois, ce qui parle plus en faveur de la syphilis, car le rachitisme provoque une accentuation des bosses craniennes à l'âge de 6-7 mois. C'est seulement à cette époque que les auteurs les ont considérées comme rachitiques. Le craniotabès a été constaté dans 67 o/o des cas. Le ramollissement des os n'avait pas de caractère grave, mais était seulement léger ou moyen. Il était surtout observé à l'âge de 4 ans. Les recherches sur le biochimisme du sang ont démontré que le calcium se trouve dans des proportions normales chez l'enfant rachitique. Le phosphore inorganique est diminué dans le sérum des rachitiques,

tandis qu'il se trouve dans des limites normales dans l'hérédo-syphilis.

Le traitement spécifique mixte, l'administration de l'huile de foie de morue, des fruits et des légumes, un régime sain avec séjour prolongé à l'air et au soleil ont largement contribué à la disparition des accidents spécifiques, à l'atténuation des signes rachitiques et au développement physique et psychique des enfants malades.

BERMANN.

Formes cliniques, étiologie et traitement du psoriasis, d'après les matériaux de l'Institut vénérologique d'Etat et de l'hôpital Korolenko au cours de 10 années, par B. M. PACHKOFF. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 2, 1934, pp. 140-154.

Au cours de la période décennale 1922-1931, les deux services mentionnés ont hospitalisé en tout 230 malades psoriasiques, ce qui fait 6,5 o/o par rapport à toutes les dermatoses hospitalisées durant ce laps de temps. Sur ce nombre, il y avait 152 hommes et 78 femmes appartenant à 55 professions différentes. 71,6 o/o des malades ont vu leur psoriasis apparaître entre 15 et 30 ans. La maladie a duré jusqu'à 5 ans dans 49,3 o/o, de 5 à 15 ans, 34,2 o/o et plus de 15 ans 16,5 o/o. D'après l'âge, les malades se répartissent ainsi : de 5 à 20 ans, 20,8 o/o, de 20 à 50 ans, 68,8 o/o, de 50 à 70 ans, 10,4 o/o, c'est-à-dire que 80 o/o des malades se trouvaient à l'âge de la plus grande activité. Si l'on ajoute à cela que 72 o/o des malades étaient des ouvriers et employés et 6,5 o/o des paysans, l'on conçoit la valeur sociale importante du psoriasis. Dans 25 o/o des cas, les malades ont déjà fait des séjours antérieurs dans des cliniques dermatologiques. La durée moyenne de séjour d'un psoriasique dans le service était de 43 jours. Le prurit a été accusé par 70 o/o des malades. L'atteinte des ongles a été observée dans 10,9 o/o des cas (18 hommes et 7 femmes). Les paumes des mains et les plantes des pieds étaient atteintes dans 21,6 o/o des cas. La localisation aux organes génitaux a été enregistrée dans 23,8 o/o des cas aux aisselles, 9,6 o/o au cuir chevelu, 78,3 o/o la face, 54,3 o/o, les mains, 98 o/o, les coudes, 98 o/o, la poitrine et le ventre, 95,7 o/o, le dos et les fesses, 96,6 o/o, les jambes et les genoux, 98 o/o. Le psoriasis ponctué a été observé dans 58,7 o/o des cas, en gouttes, 91,3 o/o, en placards plus vastes, 87 o/o, de forme annulaire, 8,7 o/o, giratoire et géographique, 10,9 o/o, ostréacé et rupioïde, 5,6 o/o. Le psoriasis suppuré de Zumbusch n'a été vu que dans 2 cas (0,9 o/o). Le psoriasis arthropathique n'a été observé que dans 4 cas (1,7 o/o), verruqueux et papillomateux dans 3 cas (1,3 o/o). L'érythrodermie psoriasique sans rapport avec les pommades ou le néo a été observée dans 5,2 o/o. Le symptôme de Kœbner s'est vu dans 6,5 o/o. L'examen du sang a été fait dans 150 cas. Dans 94,2 o/o des cas, l'hémoglobine était de 60 à 90 o/o, le nombre des globules rouges de 4 à 5 millions observés dans 72,3 o/o ; au-dessous de 4 millions, 13,2 o/o ; au-dessus de 5 millions, 14,5 o/o. 80 o/o des malades avaient une leucocytose de 5 à 8.000 et 20 o/o de 8 à 13.000. Une lymphocytose au-dessus

de 40 o/o n'a été consattée que dans 7,9 o/o des cas. Les basophiles n'ont jamais dépassé 2 o/o. L'éosinophilie au-dessus de 8 o/o a été observée dans 11,2 o/o des cas. Les formes jeunes étaient absentes. Dans 95,5 o/o, la monocytose n'a pas dépassé 10 o/o. Les typhus n'ont servi de cause à la première éruption psoriasique que dans 7 o/o des cas. La tuberculose n'a pas non plus joué de rôle important : seulement 1,3 o/o des malades avaient la tuberculose dans leurs familles et 4 o/o étaient eux-mêmes tuberculeux. La réaction de Pirquet était rarement positive. La syphilis congénitale était enregistrée dans 2 cas (0,9 o/o et acquise dans 3,2 o/o). L'alcoolisme des malades fut constaté dans 1,8 o/o. Les émotions nerveuses étaient observées dans 11 o/o ; les contusions et les blessures dans 2,6 o/o. Les troubles du côté des ovaires précédant l'apparition du psoriasis ont été observés chez 36 o/o des femmes adultes. Les 230 malades étudiés n'ont pas présenté de troubles du côté du métabolisme. La transmission héréditaire du psoriasis a été observée dans 7,8 o/o.

En ce qui concerne les traitements appliqués, ils ont été des plus variés. Les injections intraveineuses de brome à 10 o/o sans médication externe ont donné des succès dans 20 o/o des cas. En combinaison avec des bains et des pommades, ces injections donnent de bons effets. La combinaison des pommades et des injections intraveineuses d'hyposulfite de soude à 20 o/o fournit également de bons résultats, mais sans les pommades, ces injections restent insuffisantes. La même observation peut être faite à propos du chlorure de calcium à 10 o/o, de la solution physiologique, du salicylate de soude à 20 o/o, etc., ainsi que de la protéinothérapie sous forme d'injections d'auto-sang, de lait ou de produits spéciaux. Chez les psoriasiques ayant la syphilis dans l'anamnèse, on a obtenu des effets favorables à la suite d'injections de bijochinol (Quinby russe) et de néo, mais le néo et les produits arsenicaux doivent être proscrits à la période aiguë, évolutive. L'opothérapie, la radiothérapie du thymus, la diathermothérapie du thymus, l'aurothérapie, la sulfothérapie n'ont donné aucun succès. Au contraire, les rayons ultra-violets et de Rœntgen ont montré des résultats favorables. La pommade au précipité blanc à 5-10 o/o, ainsi qu'à la chrysarobine à la même concentration ont fourni de très beaux effets, mais ont provoqué parfois des dermites graves, surtout en cas d'usage généralisé. Les pommades au soufre et au goudron du type Wilkinson ont donné des effets très rapides et positifs, surtout en combinaison avec les injections sous-cutanées d'arsenic et les rayons ultra-violets. Les bains sulfureux aux stations thermales n'ont pas été suivis de succès, et n'ont pas prévenu les récidives habituelles.

L'étude de ces données montre donc la complexité du psoriasis dont Auzpritz a encore pu dire qu'on ne savait rien.

Bermann.

Contribution au traitement du lupus par les rayons X, par A. M. Braïnine. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 2, 1934, pp. 155-158.

Après une revue historique de la radiothérapie du lupus, l'auteur rapporte ses données personnelles relatives à 70 cas. Les malades étaient 34 hommes et 36 femmes, principalement des paysans et leurs familles, âgés le plus souvent de 10 à 30 ans et dont la durée de l'affection remontait, dans la plupart des cas, de 1 jusqu'à 10 ans. Les crachats des malades ne renfermaient pas de bacilles de la tuberculose, bien que 16 malades eussent des parents phtisiques. Parmi toutes les formes de la tuberculose des téguments, c'est la forme ulcéreuse de la peau et des muqueuses qui prédominait.

Les malades ont reçu chacun 2 séances de rayons X, la première à la dose de 1/2 H.E.D., puis la seconde, au bout de 3-4 semaines, à la dose de 3/4 ou 1/4 H.E.D.

A part 6 cas d'insuccès, l'auteur a obtenu dans tous les cas une amélioration notable ou légère. Il conseille la prudence dans ce traitement par les rayons X, tout en cherchant le perfectionnement de cette méthode active.

Bermann.

Sur la localisation de l'acné rosacée, par L. E. Rtjik. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 2, 1934, pp. 173-174.

L'acné rosacée se localisant habituellement sur la face, peut cependant siéger aussi sur d'autres régions, comme en témoigne le cas personnel de l'auteur.

Il s'agit d'un comptable de 65 ans, marié depuis l'âge de 20 ans, ayant sa femme et 3 enfants vivants et bien portants. Au point de vue général, il présente une myocardite et de l'artério-sclérose, avec Bordet-Wassermann et Kahn négatifs. Bon état général.

La peau de la face, des joues, du nez et du front porte des nodules et des pustules disséminés ronds, rouges, de volume varié. Les vaisseaux des joues sont dilatés. La peau du front est épaissie. La pression du nez fait sortir du sébum en quantité abondante et d'odeur désagréable. Le cuir chevelu alopécique porte de nombreuses télangiectasies et des pustules disséminées, sphériques, de grandeur variable, entourées d'une zone inflammatoire.

Les rayons X ont amené une amélioration de l'acné dont le traitement n'est pas encore achevé.

Bermann.

Deux cas de leucoplasie de la verge, par D. N. Plichkine. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 2, 1934, pp. 174-175.

Le premier cas se rapporte à un harnacheur de 48 ans, indemne de maladies vénériennes, marié, porteur depuis un mois d'une tuméfaction du gland ayant les dimensions de l'ongle, de coloration argentée, indolore, un peu indurée et légèrement prurigineuse. Les ganglions lymphatiques ne sont pas augmentés. Pas de tréponèmes pâles. Bordet-

Wassermann négatif. Le traitement d'épreuve par le néo et le mercure, ainsi que les topiques actifs sont restés inopérants.

Le second cas concerne un charpentier de 36 ans, indemne de maladies vénériennes, marié et ayant des enfants sains, mais lui-même pâle et amaigri. Depuis plus d'un an, il a des « taches blanches » au gland, mais c'est seulement depuis 2 mois qu'elles se sont ulcérées et empêchent, par les douleurs, les mouvements, surtout la marche. Le gland montre une tuméfaction du volume de l'ongle, recouverte de squames blanchâtres, épaisses et dures. Pas d'adénopathie. Pas de tréponèmes pâles. Bordet-Wassermann négatif. Le malade a été guéri en 1 mois 1/2 par la poudre de calomel appliquée tous les jours.

BERMANN.

Le traitement du bouton d'Orient par le sulfocyanate de potassium, par A. A. TARABOUKHINE. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii,* n° 2, 1934, pp. 175-178.

Tout d'abord, l'auteur constate que tous les moyens proposés pour le traitement du Bouton d'Orient, présentent tels ou tels défauts, par exemple, application douloureuse, cicatrices chéloïdiennes, récidives, rareté du moyen, etc. C'est pourquoi l'auteur propose un traitement qui lui a donné de bons succès dans les cas de verrues et d'épithéliomes qu'il a guéris.

Il décrit ensuite la méthode préconisée par lui. Elle consiste en applications quotidiennes d'une pièce de gaze pliée en quatre couches dépassant d'un centimètre les bords de l'ulcère et imbibée d'une solution aqueuse saturée de sulfocyanate de potassium (KSCN) qui possède des propriétés coagulantes violentes. Sur la gaze imbibée, on met du taffetas, puis du coton hydrophile, ensuite un pansement au collodion pour maintenir le tout en place. Durant les deux premiers jours, sur la gaze au sulfocyanate de potassium, on doit étendre 1 ou 2 gouttes d'acide chlorhydrique dilué, cette composition produisant une décortication de l'épiderme qu'on résèque. La lésion découverte est soumise à l'action de la solution concentrée du sulfocyanate de potassium seule jusqu'à ulcération des téguments et du tissu cellulaire sous-cutané, ce qui dure de 12 à 16 jours. La solution de sulfocyanate doit être conservée dans un flacon de verre bouché à l'émeri, la gaze qui en est imbibée doit être maniée avec une baguette de verre ou de bois, car les métaux forment des composés avec le sulfocyanate. En changeant les pansements, il faut, à l'aide de coton ou d'une pince, enlever le tissu gélatineux fondu, pour éviter l'œdème. Après destruction suffisante de la peau, on emploie durant 9 à 12 jours la pommade de zinc pour cicatriser la plaie. Il faut éviter les pommades mercurielles, parce que le sulfocyanate de mercure est très caustique et donne des nécroses.

Ce traitement a été appliqué à 4 cas de Bouton d'Orient chez 3 malades venus à Moscou de l'Asie Moyenne. Une ouvrière de 16 ans présentait une lésion de la joue, une étudiante de 19 ans, deux ulcères

aux jambes et un employé de 23 ans, un élément à l'avant-bras. Chez tous les malades on avait trouvé des *Leishmania tropica*. La guérison a été obtenue en 21, 25 et 28 jours. Le traitement est indolore, sans hémorragie et produit des cicatrices lisses, esthétiques, sans récidives.

BERMANN.

Une nouvelle méthode de traitement du bouton d'Orient, par M. G. IRÈNE. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 2, 1934, pp. 178-179.

Après une remarque critique sur les méthodes de traitement employées pour la guérison du Bouton d'Orient, l'auteur en propose une nouvelle présentant des avantages évidents à tous les points de vue. Il s'agit d'une pommade préparée avec les feuilles d'une plante vivace appelée *Ailanthus* très répandue en Asie Moyenne. Les feuilles de cette plante sont desséchées, triturées jusqu'à l'obtention de particules extrêmement fines, puis sont mélangées avec de la vaseline ou de la lanoline dans une proportion telle que la pommade préparée devienne d'une consistance très épaisse. La pommade ainsi préparée est appliquée sur la région malade pendant 2 jours après quoi on l'enlève et on la refait. Dès la première application, les douleurs se calment, la plaie se cicatrise, en commençant par les bords avec élimination de pus ; les *leishmania tropica* ne sont plus décelées après la première application. La région malade guérit ordinairement en 10 à 14 jours, les plaies plus vastes et profondes en 3 à 4 semaines. L'endroit atteint ne montre après la guérison qu'un érythème ou une pigmentation qui se transforme en une cicatrice superficielle à peine visible ou même absente. Ce traitement simple et bon marché convient le mieux pour les formes suintantes et ulcéreuses du Bouton d'Orient, les formes sèches et papuleuses guérissent plus lentement. Sur 50 cas ainsi soignés, l'auteur n'a observé que 2 récidives survenues 3 et 9 semaines après la guérison et cicatrisées par quelques nouvelles applications de la pommade décrite.

BERMANN.

LIVRES NOUVEAUX

Nouvelles lettres à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie, par M. Clément Simon. Un vol. de 226 pages, Masson et Cie, Paris.

Le nouveau recueil de Lettres à un Médecin praticien que nous offre C. S. me semble un vrai régal pour les palais raffinés. Je pourrais me borner à répéter à son propos l'appréciation que m'avait inspirée la série précédente (*Ann. de Dermat. et de Syphil.*, 1930, p. 1111). Je retrouve, en effet, dans ces nouvelles lettres les qualités qui faisaient le charme spécial des premières : « un style facile mais toujours élégant, une bonhomie souriante appuyée sur un solide bon sens et aiguisée d'une pointe d'humour » ; et cela est attrayant au point, qu'ayant parcouru une quelconque des 225 pages de l'ouvrage, on est entraîné à le lire d'un bout à l'autre.

L'auteur nous met en face tour à tour soit de cas curieux qu'il a rencontrés dans sa pratique journalière, soit de dissertations sur des points délicats de doctrine ; le tout est présenté sans prétentions, sans références bibliographiques, sans statistiques ardues ; mais l'érudition et l'expérience personnelles de l'auteur y suppléent. Son livre vous instruit sans presque que l'on s'en aperçoive ; mieux encore, il fait réfléchir ; le lecteur y sent les lacunes de ses connaissances et les inconnues qui subsistent dans la science. Inspirer le désir de savoir et pousser à creuser les questions, n'est-ce pas un réel mérite pour un ouvrage qui n'affiche aucune visée didactique ?

Les sujets qui sont abordés dans ces lettres semblent former un bouquet de « pièces détachées ». En réalité, l'auteur tend constamment à rattacher les faits particuliers à des lois générales. C'est ainsi que l'histoire d'un œdème rose des paupières et celle d'un prurit provoqué par des gants noirs, nous amènent à examiner le problème singulier que posent les stigmates cutanés mystiques ; de la pathogénie de l'urticaire et de l'eczéma, nous sommes entraînés à discuter avec Tzanck les questions si captivantes de l'intolérance, de l'allergie et de l'idiosyncrasie. Dès maintenant, quand nous lirons un article qui se rapporte à ces problèmes, nous serons orientés et nous saurons de quoi il s'agit.

Non moins précieux sont les renseignements que nous fournissent les lettres consacrées à des sujets difficiles de vénéréologie, sur le diagnostic des lésions génitales ambiguës, sur l'évolution et sur la direction du traitement de la syphilis, etc. Soyons reconnaissants à l'auteur des directives éprouvées qu'il nous apporte.

Ce livre est d'une si ingénieuse modestie, qu'on risque d'être accusé de balourdise en relevant les tendances philosophiques qui animent l'esprit de son auteur. On ne saurait cependant les mettre en doute quand on lit la 29e lettre consacrée à une confrontation entre « l'Automne de la vie » de Victor Pauchet et le *De Senectute* de Cicéron.

Je conclus, qu'en ayant réussi à rendre claires et attrayantes une foule de notions du domaine de notre spécialité, C. S. a bien mérité de la Dermato-Vénéréologie. J. Darier.

Localisations centrales dans la neurogliomatose de Recklinghausen, par M. J. Alliez. Imprimerie Saint-Lazare. Marseille.

La maladie de Recklinghausen ou Neurogliomatose ne se présente pas toujours avec son tableau classique dans lequel s'associent les tumeurs des nerfs périphériques, les tumeurs cutanées, les troubles pigmentaires. Le processus morbide peut se localiser sur divers viscères (glandes endocrines, troubles du métabolisme). La localisation la plus intéressante est l'atteinte du système nerveux central ou des formations nerveuses contenues à l'intérieur de la cavité cranio-rachidienne.

L'auteur a recueilli 9 cas de neurofibromatoses centrales : 6 d'entre elles présentaient l'association des signes cutanés (à type de nodules et de troubles pigmentaires) et de manifestations traduisant l'atteinte plus ou moins marquée du système nerveux central. Dans une seule observation, il n'y avait pas de lésions cutanées ; l'autopsie seule permit de rapporter à une neurofibromatose centrale les tumeurs multiples trouvées à l'intérieur de la cavité cranio-rachidienne. Dans les deux derniers cas, il s'agissait de formes frustes de neurogliomatose centrale : crises d'épilepsie, syndrome acromégaloïde.

A propos de ces observations, l'auteur passe en revue les formes cliniques des localisations nerveuses de la maladie : les formes tumorales (formes généralisées avec atteinte uni ou bilatérale de l'acoustique, sans atteinte du nerf acoustique — sans signes cutanés avec atteinte de plusieurs nerfs craniens et de l'encéphale — formes spinales), les formes frustes de la maladie : formes non tumorales (épilepsie-acromégalie) — les formes évolutives — les formes étiologiques.

Quelle est la nature des lésions nerveuses ? L'auteur passe en revue les différentes interprétations : faux neuromes, neurinomes, schwannomes. Actuellement, on admet l'origine ectodermique de ces tumeurs. Il s'agit parmi les neuroectodermomes d'une neurogliodermatose ou, dans un sens plus général, d'une neuroectodermatose.

Ce travail est une mise au point parfaite de la question ; il classe la maladie de Recklinghausen dans son véritable cadre nosologique :

les neuroectodermatoses dont on commence à peine à entrevoir les limites et les rapports.

P. Vigne.

Contribution à l'étude des « états sclérodermiques », par J. R. Ben-Noun. *Thèse de Strasbourg*, 1934.

Ce travail inspiré par le Professeur Leriche constitue une bonne mise au point de la question. L'auteur a pu réunir 238 observations qui lui ont servi à étayer son étude. Il n'y a pas une sclérodermie, mais des états sclérodermiques (Pautrier), soit isolés, soit compliquant de nombreuses affections. Le diagnostic est surtout clinique ; l'hypercalcémie est un symptôme très fréquent ; l'anatomo-pathologie se résume en des lésions d'endartérite et de phlébosclérose, ainsi qu'en atrésies des bouquets capillaires. Parmi les éléments de ce syndrome très complexe qu'est la sclérodermie, le facteur parathyroïdien semble être l'un des plus importants. Cette conception parathyroïdienne des sclérodermies se base sur des données cliniques (hypercalcémie), expérimentales (l'injection d'extrait parathyroïdien réalise chez les jeunes animaux une sclérodermie typique), thérapeutiques (la parathyroïdectomie amène une grosse amélioration, parfois la guérison). On trouvera sept observations de malades opérés et longtemps suivis.

H. Rabeau.

Dermatologie générale (Allgemeine Dermatologie), par L. Artz. 84 pages, 113 fig. et 2 fig. hors texte. Urban et Schwarzenberg. Berlin et Vienne, 1934. 4 RM.

Cette brochure fait partie de la collection dirigée par Artz et Zieler sur « les maladies de la peau et les maladies vénériennes ». Avant de connaître la dermatologie dans ses détails, l'étudiant a besoin de se familiariser d'abord avec la terminologie et les définitions générales, avec la technique dermatologique générale. Le but que se propose A. est justement cette délicate initiation à l'art de voir. Il fallait, pour cela, un dermatologiste, et un dermatolgiste averti et instruit. On le trouve en lisant ces 84 pages où A. a résumé les notions préliminaires indispensables à l'enseignement des maladies de la peau. D'abord, le droit de la dermatologie à être une spécialité, l'origine de cette spécialité, et enfin la description précise, clinique et anatomique, des « éléments ». Dans les éléments, A. distingue avec raison l'élément primitif tel qu'il apparaît avant son évolution et ses modifications, l'élément (ou efflorescence) secondaire qui constitue justement la lésion évoluée, groupée, transformée. Cet élément est divers : macule, papule, vésicule, bulle, nodule, nouure, etc. ; il s'accompagne parfois de signes subjectifs ; il se complique. Notions qui importent au diagnostic et qui exigent des moyens d'investigation, complétant la vision et le toucher : microscope cutané, radiographie, procédés biologiques, histologie. A l'appui du texte, une abondante et remarquable illustration.

L. Chatellier.

La cheilite glandulaire simple et les états voisins (La queilitis glandular simple y estados allegados), par José J. Puente. Buenos-Aires. Imprenta mercatali, 1934, 72 pages, 13 fig.

J. J. P. étudie à côté de la *cheilitis glandularis apostematosa* de Volkmann un aspect spécial, non inflammatoire, de la lèvre inférieure caractérisé par la présence d'orifices glandulaires dans la zone de transition de Klein. Cette malformation, qui ne donne lieu le plus souvent à aucun phénomène subjectif, sert de point de départ aux complications inflammatoires. L'auteur lui a donné, en 1927, le nom de cheilite glandulaire simple ou pure. Il lui consacre une monographie très complète basée sur 52 observations personnelles.

L'anomalie s'observe chez 3 o/o des malades qui viennent consulter. On l'observe de préférence chez les Espagnols et plus spécialement dans la zone nord de la péninsule. Elle coexiste assez souvent avec une sénilité anticipée de la peau.

Elle peut donner lieu à des phénomènes inflammatoires légers ou transitoires aussi bien qu'aux formes graves et suppurées décrites par Volkmann et a parfois la signification d'une affection précancéreuse.

La coïncidence de la cheilite avec des altérations du tissu conjonctif élastique qui constituent un terrain favorable à l'épithélioma permet d'envisager l'existence des glandules salivaires hétérotopiques comme un indice contingent de prédisposition néoplasique.

J. Margarot.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

SUPPLÉMENT A L'HISTOIRE DE L'ÉRYSIPÉLOIDE

(INOCULATION A L'HOMME DU BACILLE DU ROUGET DU PORC)

(NOUVELLE OBSERVATION PERSONNELLE)

Par G. BELGODERE
Médecin du Dispensaire de Saint-Lazare.

Nous avons ici même, il y a trois ans, publié sur cette dermatose une étude très complète, qui répondait, pourrait-on dire, à un besoin, puisque, selon l'aimable expression de M. le professeur Chevallier, elle comblait une lacune dans la littérature médicale française. Très complète, mais non cependant complètement complète, sans qu'il y eut de notre faute d'ailleurs, mais parce qu'il existait aussi des lacunes dans les littératures étrangères.

On a l'impression, quand on jette un coup d'œil d'ensemble sur les publications des différents pays, d'une « densité littéraire », s'il est permis de s'expliquer ainsi, fort inégale, et qui semble être le reflet d'une densité pathologique correspondante. Dans certains pays, comme en France, l'affection semble rare, ou du moins peu connue, puisqu'elle n'a donné lieu qu'à quelques rares publications de cas isolés. Dans d'autres, l'érysipéloïde semble régner à l'état endémique, puisque les statistiques locales rassemblent aisément des milliers de cas. Dans certains pays, on publie surtout des études d'ensemble ; dans d'autres, des cas isolés ne sont pas jugés indignes d'une relation, comme pour les faits curieux et rares.

Il semble donc que l'érysipéloïde soit réparti *en foyers*. Par exemple, il est manifestement plus commun dans l'Europe centrale ; mais, même dans cette contrée sa fréquence semble inégale selon les régions et l'on verra plus loin que des foyers y ont été signalés,

par exemple dans les centres d'élevage du porc. En Italie, Bazzoli, en trois mois, a pu rassembler 82 cas, dans un périmètre restreint, mais il y avait en même temps une épizootie de rouget, donc un foyer, momentané tout au moins.

En France, il se pourrait que la rareté de l'érysipéloïde soit plus apparente que réelle. Comme nous l'écrivions il y a trois ans « les maladies rares le sont d'autant plus que, en raison de leur rareté, elles sont peu connues, ou bien qu'on y pense rarement ». Toutefois, en France, les cliniciens avertis et perspicaces ne manquent pas, et il serait peu vraisemblable qu'une affection fréquente ait pu échapper à leur attention. On peut donc tenir pour certain que la rareté des publications tient à une moindre fréquence de la maladie. Il serait intéressant de faire des enquêtes dans les centres d'élevage du porc, d'épizootie de rouget. Le malade que nous avions observé il y a trois ans avait dû nous quitter brusquement pour partir en vacances, justement dans une contrée dont les habitants se consacrent à l'élevage des porcs. A son retour, il nous rapporta que le médecin du village avait paru être tout à fait au courant de la question ; reste à savoir s'il ne s'est pas vanté, et s'il ne s'est pas fait un point d'honneur de ne pas paraître en retard sur le confrère parisien ; cette psychologie professionnelle et provinciale est assez commune.

Il se pourrait aussi que l'érysipéloïde ait actuellement une tendance à devenir plus fréquent chez nous, par exemple, dans le bouleversement économique actuel, par le fait de changements dans le sens des courants commerciaux, amenant des importations de denrées alimentaires de sources précédemment inconnues.

Ou bien encore par suite de la démoralisation générale engendrée par la guerre et de l'appétit furieux de lucre qui a amené un fléchissement prononcé de l'honnêteté commerciale. Les grandes causes ont parfois de petits effets. Ce point de vue offre un intérêt particulier en raison des sanctions pratiques qu'il pourrait comporter, par exemple, au point de vue du contrôle des denrées alimentaires. En tout cas, même dans les pays où l'érysipéloïde est fréquent, sa fréquence y est néanmoins sujette à des fluctuations, dont l'origine a pu être établie, ou tout au moins soupçonnée.

Toujours est-il que, de nouveau, à trois ans d'intervalle, nous venons d'observer encore un cas d'érysipéloïde et nous n'avons pas

souvenir d'avoir en 25 ans, jamais rencontré aucune lésion semblable. Deux cas en trois ans, non pas dans un service d'hôpital, où les malades affluent, mais dans une clientèle de praticien, d'ailleurs restreinte.

Pour les raisons qui viennent d'être exposées, il ne nous a pas paru superflu de publier cette observation nouvelle, bien qu'elle diffère peu de la précédente. En outre nous avons pu étudier ce nouveau malade plus à loisir. D'autre part, dans ces trois dernières années, la littérature française et étrangère s'est enrichie de quelques publications intéressantes. Nous aurons donc l'occasion, à la lumière de notre observation personnelle et des observations d'autrui, d'ajouter quelques précisions nouvelles à l'histoire de l'érysipéloïde, et de compléter ainsi ce que nous avons écrit précédemment.

Observation

M. M..., âgé de 35 ans, est à Paris le représentant d'une maison de salaisons, de charcuterie d'Alsace, de Strasbourg. Le 24 septembre 1934, il vient nous consulter parce que, 4 à 5 jours avant, en manipulant des caisses de charcuterie, il s'est fait, au pouce de la main droite, une petite écorchure, superficielle et insignifiante. Mais les jours suivants, autour de cette petite érosion, s'est développée une rougeur qui lui donne des sensations de cuisson et de brûlure, en même temps que l'articulation phalango-phalangettienne du pouce devenait tuméfiée et légèrement douloureuse. Ces symptômes ne sont pas très accentués; ils le sont cependant suffisamment pour que le malade n'ait pas jugé superflu de faire les frais d'une consultation médicale.

Examinant la partie malade, du premier coup d'œil, nous nous trouvons, si l'on peut dire, en pays de connaissance, et nous reconnaissons sans peine un érysipéloïde, dont l'aspect nous est familier à la suite de l'étude faite il y a trois ans.

Au voisinage de la saillie formée par le sommet de l'articulation métacarpo-phalangienne, on voit les traces de la petite blessure initiale : une macule rougeâtre de la dimension d'une lentille, entourée par une collerette épidermique, comme s'il y avait eu à ce niveau une bulle ou une vésicule, mais le malade ne peut dire s'il y a eu une bulle ou une vésicule (ainsi que cela a été observé dans certains cas).

Autour de cette lésion centrale, la peau a une coloration presque normale, un peu plus jaunâtre cependant qu'à l'état normal. Mais il n'en était pas ainsi, paraît-il, au début de l'évolution : la petite écorchure initiale était entourée, dans son voisinage immédiat, d'une rougeur qui

s'est effacée depuis, tandis qu'elle se propageait excentriquement. Du reste dans cette zone, l'épiderme ne diffère pas seulement par une teinte plus jaunâtre et plus terne de l'épiderme normal, mais aussi par un certain aspect chagriné et même une légère ébauche de desquamation.

Dans une troisième zone plus périphérique, on voit la peau prendre une teinte d'abord rose pâle, puis qui s'accentue à mesure que l'on s'écarte du centre, pour devenir nettement rouge vif, enfin cette rougeur cesse brusquement et l'on se retrouve en peau saine. La limite externe entre la peau saine et l'érythème est indiquée par un bord qui paraît net si on l'examine de loin et sommairement, mais par un examen plus attentif, on remarque que cette bordure présente cependant de fines arborisations, des découpures, mais très peu profondes : il n'y a donc pas une bordure tout à fait aussi nettement tracée que dans un placard d'érysipèle. Cette bordure n'est pas non plus aussi saillante et surélevée que dans l'érysipèle : la peau apparaît seulement légèrement gaufrée et infiltrée ; sur cette bordure, aucune trace de vésicules. La limite interne de l'érythème, au contraire est vague et floue : la rougeur s'atténue lentement et progressivement, de la périphérie vers le centre, jusqu'à rejoindre la zone centrale, dont la couleur, comme nous l'avons dit est normale ou presque.

Cet érythème dessine une figure ovalaire ; les deux extrémités du grand axe sont situées, l'une au niveau de l'ongle du pouce, l'autre au niveau de l'articulation carpo-métacarpienne ; les deux extrémités du petit axe sont situées sur les deux faces latérales de la première phalange du pouce. Aussi, lorsque l'on examine la face dorsale du pouce en vue frontale, n'aperçoit-on que les deux extrémités du grand axe de l'ovale ; la partie moyenne de l'ovale, contournant les faces latérales du pouce, échappe à la vue (c'est cette attitude qui est reproduite dans notre figure).

La phalangette du pouce apparaît ainsi rouge et tuméfiée ; l'articulation phalango-phalangettienne est légèrement gonflée, comme s'il y avait un léger épanchement hydarthrosique et ses mouvements spontanés et provoqués sont un peu sensibles, sans qu'il y ait cependant de douleur aiguë.

En somme, on a nettement l'impression de se trouver en face d'une lésion qui s'est étendue en tache d'huile, guérissant au centre, à mesure qu'elle progresse à la périphérie, à la manière d'une trichophytie, d'un herpès circiné ; mais plus rapidement.

Cette lésion cutanée s'accompagnait d'une réaction ganglionnaire sus épitrochléenne très nette. Il y avait, au-dessus de l'épitrochlée, trois ganglions disposés en chaîne : un supérieur, volumineux, allongé, de la grosseur d'une amande, un moyen, de la grosseur d'un pois, un inférieur, de la grosseur d'un grain de blé. Cette adénopathie était froide, non douloureuse et le malade ne l'avait pas remarquée. Pas de ganglions axillaires ; pas de traces visibles de cordon lymphangitique intermédiaire (D'après Bierbaum et Gottron (cités par Callomon dans le traité de Jadassohn) quand la lésion cutanée siège dans la partie radiale de la main,



Érysipéloïde

l'adénopathie est axillaire; quand elle siège à la portion cubitale, l'adénopathie est sus-épitrochléenne. On voit que notre cas ne confirme pas cette description).

Il ne semble pas y avoir eu de réaction générale, d'élévation de température; la température n'a pas été prise, comme nous l'avions recommandé cependant, car le patient n'appréciait pas comme nous l'intérêt de son cas; il avait surtout la préoccupation utilitaire de savoir si c'était grave et si ce serait bientôt guéri : les malade sont ainsi faits. En tout cas, s'il y a eu une élévation thermique, elle a été trop légère pour être ressentie.

Après avoir, au premier abord, posé le diagnostic d'érysipéloïde, nous avons été pris cependant d'un scrupule, à cause de la couleur, qui n'était pas la même que dans notre observation d'il y a trois ans. Dans ce cas précédent, l'érythème était rouge foncé, violacé, dans le cas actuel, il était rouge vif. Mais, si l'on consulte les Traités de médecine vétérinaire, on lit que les placards d'érysipéloïde, chez le porc, présentent des colorations très diverses, qui varient du rose pâle au rouge sombre presque noir. Donc l'objection de couleur ne nous a pas paru probante; il n'y a pas de raison pour que l'homme se comporte autrement que le cochon. Ayant donc pris fermement position pour le diagnostic, nous avons prié le malade, vu la rareté et la bénignité de sons cas, de bien vouloir rester quelques jours sans traitement, pour avoir le temps de le montrer, et au bout de quatre à cinq jours, nous lui avons fait faire des applications de pâte à l'ichtyol, et après cinq jours environ de ces applications il ne restait plus trace de rougeur. Cependant, par suite de la suppression peut-être un peu prématurée de ces applications ichtyolées, on vit se produire, quelques jours plus tard, un léger réveil de l'érythème, favorisé peut-être par un travail manuel assez actif ce jour là; cette petite recrudescence disparut spontanément.

La tuméfaction de la phalangette persista quelque temps après la disparition de la rougeur, nettement constatable par comparaison avec le pouce opposé; la sensibilité et le gonflement articulaires s'évanouirent aussi peu à peu, si bien qu'au bout de 15 jours, il ne restait plus trace de ce léger accident.

Nous n'avons pas observé, lors de la disparition de l'érythème sa transformation en une teinte bleuâtre délavée, décrite par Callomon

dans le Traité de Jadassohn, mais cette absence a été aussi notée par d'autres auteurs (1).

Suivant notre habitude en présence de cas rares, qui pourraient être contestés, nous avons tenu à prendre des témoins. Nous avons donc montré le malade à notre ami Clément Simon, qui a constaté que la lésion correspondait bien aux descriptions données par les auteurs et a été d'avis qu'il s'agissait bien d'un cas d'érysipéloïde (sans compter les conditions étiologiques qui sont un élément important du diagnostic).

Recherches de laboratoire

Il convenait de faire appel au laboratoire, pour qu'il vint apporter au diagnostic clinique de nouvelles preuves auxquelles la précision de la technique confère un aspect de certitude plus rigoureuse.

Nous avons conduit notre malade à l'Institut Pasteur, aux laboratoires de MM. les docteurs Césari et Cotoni ; nous avons grand plaisir à remercier ici ces deux éminents bactériologistes, ainsi que leur distingué collaborateur, M. le docteur Broquet, pour l'amabilité de leur accueil et la bienveillance empressée dont ils nous ont permis d'abuser pour l'exécution des différentes recherches qui sont apparues logiques et nécessaires.

M. Césari a vu notre malade et il n'a formulé aucune objection quant aux caractères de la lésion : le diagnostic d'érysipéloïde lui a paru le plus plausible. M. Cotoni n'a pas vu le malade, mais nous lui avons montré le dessin reproduit ci-contre ; la décoloration de la partie centrale a attiré son attention : ce caractère n'existait pas dans la lésion dont il a été atteint lui-même il y a quelques années. La reproduction qui en a été donnée en son temps dans les *Annales de l'Institut Pasteur* montre en effet la présence d'un placard rouge à bord net, sans aspect circiné.

Les belles figures du traité de Jadassohn ne montrent pas non

(1) Die Rotung verblasst und weicht einem mehr livid blauen, verwaschenen Ton (Callomon). *Mais on lit d'autre part* : Ein gewisser Unterschied bestand darin, dass bei unseren Patienten in Ruckgangsstadium der Erkrankung, die verletzten Stellen nicht blaurote Färbung annahmen (Stefansky et Grunfeld).

plus de décoloration du centre des placards, mais on verra plus loin qu'elle est signalée par certains observateurs, tout au moins dans la forme généralisée.

Il convient de rappeler que l'observation *princeps*, celle de Morrant Baker en 1873, fut publiée sous le titre d'*Erythema serpens* ; une lésion serpigineuse c'est bien une lésion qui guérit d'une part pour s'étendre d'autre part.

En réalité, cette circination, bien qu'elle existât dans les deux cas que nous avons rencontrés, ne nous paraît pas être un caractère essentiel ; c'est là, nous semble-t-il, un phénomène contingent, lié à la vitalité plus ou moins grande du germe ou à l'activité plus ou moins grande de sa toxine suivant qu'on admet que c'est le germe lui-même ou sa toxine mise en liberté qui provoque l'érythème (voir sur ce point notre mémoire de décembre 1931). Dans le cas du cochon, il s'agit évidemment de germes très virulents, vu la gravité de la maladie chez cet animal.

D'ailleurs, la circination s'observe aussi chez le porc. Les placards sont habituellement arrondis, quadrilatères ou losangiques, mais, disent Nocard et Leclainche « parfois, la teinte est claire dans le centre, tandis que la périphérie figure un anneau plus fortement coloré. » Ce caractère est aussi mentionné par Callomon (1).

Dans le cas de M. Cotoni, il s'agit d'un accident de laboratoire, d'infection cutanée par une culture, c'est-à-dire, encore de microbes de virulence assez prononcée. Dans nos deux cas, il s'agit de contamination par des viandes du commerce, c'est-à-dire provenant d'animaux d'apparence saine, on peut l'espérer du moins, et non atteints de rouget. Le bacille du rouget vit en effet à l'état de saprophyte chez un grand nombre de porcs qui ne présentent aucune apparence de maladie ; un auteur allemand, Diemer, évalue à 50 o/o le nombre de ces porteurs de germes sains.

Dans les deux cas que nous avons observés il s'agissait donc très vraisemblablement d'une contamination par des bacilles saprophytes, très peu virulents, comme le montre bien la bénignité de la lésion et sa guérison facile et rapide et par la même raison peut s'expliquer la guérison centrale précédant la guérison de la périphérie, d'où cet aspect circiné.

(1) Runde oder viereckige, auch rombische dunkelrote bis violette Flecke von Taler-bis Handtellergrösse erscheinen, die in Centrum *abblassen*.

Une autre hypothèse nous paraît également très vraisemblable : ces sujets qui manipulent journellement des viandes de porc (ou autres matières organiques) sont donc exposés à des contaminations réitérées qui pourraient produire chez certains individus une sensibilisation de la peau, de sorte que l'érysipèloïde de l'homme serait une réaction allergique, ce qui permettrait de comprendre les différences d'aspect et d'évolution avec les placards du rouget du porc, ou chez l'homme avec les lésions consécutives à une inoculation expérimentale. Une telle hypothèse cadrerait bien aussi avec la rareté des cas que l'on s'explique mal autrement, alors que les occasions de contamination sont si fréquentes, si le bacille du rouget est si répandu. Convenons cependant que cette hypothèse semble infirmée par la constatation, faite par certains auteurs, de la présence du bacille du rouget sur des coupes de peau excisée à la périphérie de la lésion. Et la rareté pourrait être due à ce que le terrain humain est peu favorable au bacille.

Recherches bactériologiques (Césari).

Au moyen d'une pipette de verre stérile, une petite quantité de sang a été aspirée, par ponction sur la bordure de l'érythème, en un point où s'était produite depuis la veille une petite poussée extensive et où l'infiltration cutanée était plus accentuée, ce qui laissait présumer une pullulation plus active des bacilles en ce point.

Les recherches suivantes ont été effectuées :

1° *Examen direct après coloration :*

Résultat négatif ; pas de bacilles du rouget constatables.

2° *Hémoculture :*

Ensemencement en piqûre sur bouillon gélatiné. Résultat négatif.

3° *Inoculation :*

Une souris, inoculée avec le sang prélevé sur notre malade, reste indemne.

Ces résultats concordent avec ceux qui ont été déjà rapportés de divers côtés ; comme nous le disait M. Cotoni « le plus souvent, on ne trouve rien ».

Le sang n'est pas le milieu idéal pour la recherche du bacille ; l'évolution de la lésion montre bien qu'elle se développe par un processus dermique, dans les lacunes lymphatiques sans doute, et non par un processus vasculaire sanguin. C'est donc plutôt dans la peau qu'il convient de rechercher les bacilles, au moyen d'un frag-

ment de peau qu'il convient de faire l'ensemencement ou l'inoculation ; telle est du moins l'opinion de M. Césari et du reste, divers auteurs ont obtenu par ce moyen des résultats positifs. Les recherches histologiques (Bazzoli, Callomon, Balbi) ont montré que les lésions consistaient surtout dans une inflammation du chorion, avec exsudation séreuse, dilatation des lacunes lymphatiques, infiltration périvasculaire modérée, qui peut envahir le tissu cellulaire sous-cutané. Nous aurions voulu, chez notre malade pratiquer une biopsie, ou encore une ponction du gros ganglion sus-épitrochléen, mais notre client, quoique charcutier, accueillit nos suggestions avec si peu d'enthousiame, qu'il nous fallut y renoncer : il s'agissait d'un malade de clientèle, vis-à-vis desquels on est tenu à des égards particuliers.

Dans l'hypothèse où l'érysipéloïde serait une réaction allergique développée autour d'un point central d'inoculation, l'échec des investigations bactériologiques s'expliquerait encore mieux.

Recherches humorales (Broquet).

Sur le sérum prélevé le 3 octobre, soit une quinzaine de jours après le début.

Agglutination :

Antigène : émulsion en eau physiologique d'une culture de 24 heures sur gélose de bacilles du rouget du porc (souche Wessiloff). Concentration : 10^9 de germes par $cm^3 = 1.000.000.000$.

Dilutions	1/20	1/40	1/80	1/160	1/320	Témoin
Résultats	+	+	+	o	o	o

Lecture des résultats après 24 heures de séjour au laboratoire.

Donc agglutination positive au taux de 1/80.

Précipitation :

Dans un tube à hémolyse, on mélange :

1 centimètre cube de sérum du malade + 1 centimètre cube de liquide clair d'une culture de rouget.

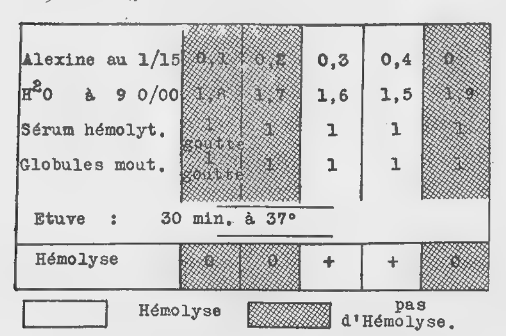
Après 24 heures, pas de précipitation.

Le mélange témoin : 1 centimètre cube de sérum de cheval antirouget + 1 centimètre cube de liquide clair de culture de rouget, a précipité abondamment dans le même temps.

Donc épreuve des précipitines négative.

DÉVIATION DU COMPLÉMENT :

a) Titrage de l'alexine.



Alexine au 1/15	0,1	0,2	0,3	0,4	0
H^2O à 9 0/00	1,8	1,7	1,6	1,5	1,9
Sérum hémolyt.	1 goutte	1	1	1	1
Globules mout.	1 goutte	1	1	1	1
Etuve : 30 min. à 37°					
Hémolyse	0	0	+	+	0

On utilise pour les réactions suivantes 2 doses minima actives d'alexine sous le volume de 0 cm³ 1 d'alexine au tiers.

b) Recherche du pouvoir anticomplémentaire de l'antigène.

Antigène	0,2	0,5
Alexine au 1/3	0,1	0,1
H^2O à 9 0/00	2,2	1,9
Etuve : 1 heure à 37°		
Sérum hémolyt.	I goutte	1 goutte
Globules mout.	1 goutte	1 goutte
Etuve : 30 min. à 37°		

Antigène : émulsion de culture de rouget de 24 heures sur gélose dans l'eau physioloyique. Concentration : 5 tubes de culture dans 15 centimètres cubes d'eau physiologique à 9 0/00. L'antigène est porté 5 minutes à 100°.

Résultats : la dose de 0 cm³ 5 est anticomplémentaire.

c) réaction proprement dite :

Tubes	1	[illegible]	3	4	1	2	1	2	3
					Tém. sérum		Tém. antigène		
Antigène	0,2	0,2	0,2	0,2			0,2	0,2	0,2
Sérum inact.	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3			
Alexine au 1/3.	0,1	0,2	0,3	0,4	0,1	0,2	0,1	0,2	0,3
H^2O à 90 o/o	1,9	1,8	1,7	1,6	2,1	2	2,2	2,1	2
une heure à 37 degrés									
Sérum hémol.	1 goutte	1	1	1	1	1	1	1	1
Glob. mout.	1 goutte	1	1	1	1	1	1	1	1
30 minutes à 37 degrés									
Hémolyse	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Donc : recherche de la déviation du complément négative.

Ces résultats sont également conformes à ce qui a été observé ailleurs : agglutination à des taux modérés obtenue déjà par certains. Dans notre cas antérieur le taux était de 85 o/o et dans le cas actuel 80 o/o.

Mais la recherche de la déviation du complément a toujours donné un résultat négatif, même dans les cas généralisés (sauf une exception qu'on verra plus loin).

Ce résultat négatif est peut-être dû aux caractères de la lésion qui est en somme assez superficielle, qui semble atteindre surtout les vaisseaux lymphatiques plutôt que les vaisseaux sanguins. L'absence habituelle de réaction générale clinique semble bien indiquer aussi qu'il ne pénètre pas dans la circulation générale des toxines microbiennes ou qu'il n'en pénètre qu'une quantité trop minime pour mettre en jeu le mécanisme des réactions immunitaires. Dans le cas que nous avons rapporté, on pourrait objecter il est vrai que, précisément, les lésions n'étaient pas tellement superficielles puisqu'elles s'accompagnaient d'une réaction ganglionnaire assez accentuée, mais peut-être justement, ce barrage ganglionnaire était-il efficace et s'opposait-il à la progression des germes ; l'absence d'adénopathie axillaire nous semble en faveur de cette opinion.

Des recherches qui ont été affectuées pour d'autres affections cutanées semblent bien démontrer que les anticorps ne se forment dans le sang que lorsque les lésions sont assez profondes, communiquant ainsi largement avec le réseau vasculaire, ce qui est en somme logique. Dans un travail tout récent, Chiale (1), étudiant le pouvoir antihémolytique du sérum dans les staphylococcies cutanées, a constaté l'absence totale d'antihémolysine dans le cas de lésions très superficielles telles que l'impétigo, tandis que, dans les lésions plus profondes, elles apparaissent, et augmentent, proportionnellement, pourait-on dire, avec la profondeur des lésions. Les résultats se montrèrent positifs avec des dilutions de sérum de 1 : 160 dans les pyodermites echtymateuses, 1 : 300 dans les furonculoses et l'acné, 1 : 640 dans les lymphangites, et jusqu'à 1 : 2,560 dans un cas d'acné conglobée avec collection purulente.

Mais en outre, comme on le verra plus loin, même dans les for-

(1) Chiale. — Fenomeni immunitari nelle stafilomicosi cutanee. *Giornale italiano di Der. e. Sifil*, août 1934 p. 1494.

mes graves, généralisées, septicémiques de l'infection par le bacille du rouget, on n'a jamais constaté non plus la fixation du complément (sauf une exception : cas de M. Chevallier) et pourtant, dans ce cas, les toxines microbiennes doivent bien se trouver dans le sang en grande quantité. Il semblerait donc que, dans cette infection, les mécanismes immunitaires se trouvent en défaut, ce qui expliquerait du reste la gravité de ces formes généralisées. A plus forte raison n'y a-t-il pas lieu d'être surpris si les formes superficielles, légères, bénignes n'arrivent pas à provoquer la formation des anticorps, alors même qu'une petite quantité de toxines aurait pénétré dans la circulation.

Recherche de l'allergie cutanée

Le 11 octobre, soit 17 jours après le début des accidents cutanés, qui étaient d'ailleurs guéris à cette date, les épreuves suivantes furent pratiquées, sur le malade et sur nous-même comme témoin : notre ami Dutheil, interne de Saint-Lazare injecta dans le derme une goutte des produits suivants :

A l'avant-bras droit (côté de la lésion) : culture sur bouillon de bacilles du rouget, tués par le formol depuis une dizaine de jours.

Au bras droit : sérum de Leclainche anti-rouget.

A l'avant-bras gauche : bouillon additionné de formol, dans la même proportion que la culture ci-dessus.

Au bras gauche : sérum normal de cheval (hémostyl).

24 heures après, sur le malade, on pouvait constater, à l'avant-bras droit, au niveau de l'injection de culture de rouget, un érythème très net, rose clair, formant un ovale allongé de 6 centimètres de long sur 2 centimètres de large, affectant par conséquent une disposition longitudinale qui s'harmonisait curieusement avec la disposition longitudinale des organes sous-jacents de la région. Sur les trois autres points, aucune trace de réaction, même limitée. Au centre de l'érythème il n'y avait aucune trace de papule, de pomphus au point où le liquide avait été injecté, le malade n'en a pas remarqué lui non plus au cours des premières 24 heures. Mais il faut dire que l'injection avait dû, pour des raisons de commodité personnelle être pratiquée le soir, de sorte qu'une papule aurait très bien pu se produire pendant la nuit et passer inaperçue. Nous revîmes le malade trois jours plus tard : l'érythème avait complètement disparu.

Sur nous-même, aucune trace de réaction aux quatre points d'injection. Trois ans plus tôt, nous nous étions déjà soumis aux mêmes épreuves, mais comme, à cette époque également il n'y avait eu aucune réaction, on ne peut guère objecter que nous aurions été vacciné ou désensibilisé.

Donc réaction allergique positive.

A vrai dire, nous n'avons pas constaté une rougeur intense, accompagnée d'infiltration prononcée de la peau, de phénomène de Koch, comme certains en ont constaté. Mais nous nous croyons autorisé à considérer cette réaction vaso-motrice légère mais nette comme une réaction allergique positive parce que nous ne voyons pas comment on pourrait l'interpréter autrement. Au sens strict du mot, *allergie* signifie : manière différente de réagir. Chez notre malade on peut dire seulement qu'il n'y a pas eu *hyperergie.*

Dans notre observation de 1931, les mêmes recherches avaient donné un résultat négatif. Mais les conditions n'étaient pas les mêmes :

D'une part, il n'avait été possible de faire cette épreuve qu'au bout de deux mois, et cette fois-ci au bout d'une quinzaine de jours ;

D'autre part, nous nous étions servi d'une culture de bacille du rouget tuée par la chaleur le jour même, et cette fois d'une culture tuée par le formol depuis dix jours.

Nous avons exposé, dans notre précédent travail, qu'un point discuté était de savoir si la toxine du rouget était une *endo* ou une *exotoxine.* On verra plus loin que, dans des expériences toutes récentes, divers auteurs ont obtenu des réactions allergiques positives en employant un antigène préparé selon la technique de Besredka-Reilly : broyage de corps microbiens desséchés, repris par l'eau et soumis à la centrifugation. On obtient ainsi une *érysipéloïdine* comparable à la *streptobacilline.* Les résultats positifs ainsi obtenus semblent bien démontrer qu'il s'agit d'une endo-toxine.

Or, dans l'épreuve que nous venons de rapporter, il ne nous semble pas téméraire d'admettre que les bacilles, tués depuis dix jours, ont dû se dissoudre dans le bouillon, cette lyse microbienne, favorisée peut-être aussi par le formol, ayant ainsi mis en liberté l'endotoxine, comme aurait pu le faire le broyage. Ainsi, le résultat positif obtenu cette fois s'expliquerait par des conditions d'expérience plus favorables.

En somme, dans le cas que nous venons d'étudier, le diagnostic d'érysipéloïde nous semble démontré, même par les signes de laboratoire. Ceux-ci, sans doute, ne sont pas au complet, mais, s'il ne faut pas sous-estimer la valeur des signes de laboratoire, il ne faut pas

non plus en avoir le fétichisme. Cette distinction en « signes cliniques » et « signes de laboratoire », commode au point de vue pratique, est au fond artificielle et subjective : un médecin myope serait en droit de classer comme signes de laboratoire ceux qu'il ne peut percevoir qu'avec son lorgnon. Il n'y a pas en soi de différence de nature ou de valeur entre les signes que nous percevons directement par nos sens et ceux que nous percevons indirectement au moyen d'instruments ou d'artifices. Les lésions de l'érysipéloïde, dans sa forme typique ont des caractères objectifs assez nettement précis pour que ces caractères à eux seuls suffisent à faire facilement le diagnostic. Tout comme on n'hésite pas à diagnostiquer une pneumonie quand on entend un beau souffle tubaire, même si on ne trouve pas de pneumocoques.

Ces lésions, qui tiennent à la fois de l'érysipèle et de la lymphangite, sans ressembler cependant complètement ni à un érysipèle, ni à une lymphangite, ont une physionomie assez typique pour qu'on la reconnaisse au premier coup d'œil, si on l'a bien « dans l'œil » et si le coup d'œil n'est pas distrait.

*
* *

Nous en avons fini avec l'étude de notre cas personnel, qu'il ne nous a pas paru oiseux de développer un peu longuement, puisqu'il s'agit d'une affection peu connue, certainement rare dans notre pays et sur laquelle il convient par conséquent d'éveiller l'attention.

Nous ajouterons maintenant un chapitre à la *Revue générale* que nous avons publiée ici en 1931 en faisant l'examen et la synthèse des publications nouvelles qui ont paru, en France et à l'étranger, dans ces trois dernières années ; nous aurons ainsi l'occasion de combler quelques lacunes et de préciser quelques détails de l'histoire de l'érysipéloïde.

Quelques cas isolés de la maladie locale ont été signalés en France : M. le professeur Lemierre l'a vue survenir à la suite d'une piqûre par un os de mouton. Comme nous l'avons exposé précédemment, le cochon n'a pas le privilège exclusif d'héberger le bacille du rouget ; on le rencontre plus souvent et plus manifestement chez cet animal parce qu'il présente une sensibilité particulière et aussi parce que

plus que tout autre, il se plaît à patauger. Il y a déjà longtemps que le bacille du rouget avait été signalé chez le mouton dans les pays étrangers, en Allemagne (Wall, Ostertag, Spiegl), en Russie (Makarewsky), en Angleterre (Cornell et Glover), aux Etats-Unis (Ray), en Nouvelle-Zélande (Hopkirk et Gill), au Danemark (Christiansen). Mais tout récemment, il a été constaté aussi en France. Carré (1931) l'a rencontré dans les arthrites d'agneaux chez lesquels la maladie se présentait sous la forme de troubles locomoteurs. Nevot (1932) a recherché le bacille de Pasteur et Thuillier dans les arthrites d'agneau amenés aux Halles Centrales de Paris : sur six cas d'arthrites, deux donnèrent d'emblée le bacille en culture pure ; il conclut que le rouget du mouton, peu connu en France, est beaucoup moins rare qu'on ne pense.

Les expériences effectuées à propos de son cas par M. Lemierre semblent bien confirmer que la toxine du rouget est une endotoxine. En effet, l'inoculation à la souris d'un filtrat de culture se montra inactive ; un autre antigène, préparé par le procédé de Besredka et Reilly, resta également sans action, en injections sous-cutanées chez la souris, le cobaye et le pigeon, en injections intraveineuses chez le cobaye et le pigeon. Chez le malade guéri, 16 jours après la contamination, ainsi que chez les témoins l'inoculation *intradermique* de 0 cm^3 1 de culture filtrée de 5 jours, ne donna aucune réaction. La même inoculation avec une culture chauffée à 70° pendant une heure, produisit le lendemain une petite papule rouge.

Le 19e jour après la contamination, la même épreuve *intradermique* fut répétée avec l'antigène de Besredka : *il se produisit un placard érythémateux du diamètre d'une pièce de 5 fr. avec papule centrale ecchymotique.*

Réaction de fixation avec le même antigène négative. Hémoculture négative. L'ensemencement de la sérosité d'une phlyctène apparue sur le placard d'érysipéloïde a donné des cultures typiques du bacille de Pasteur et Thuillier, tuant rapidement la souris et le pigeon par septicémie.

M. Milian, en 1932, a publié également deux cas sous le titre d'érysipéloïde, mais si cette appellation est justifiée au point de vue étymologique, elle l'est peut-être moins au point de vue nosologique. Callomon fait observer en effet que le terme d'érysipéloïde

était employé autrefois pour désigner toute dermatose ayant des apparences objectives analogues à celles de l'érysipèle, mais que, depuis les travaux de Rosenbach, il ne doit plus être utilisé que pour désigner la maladie de Rosenbach.

Un des cas de M. Milian concernait un charcutier qui, 8 jours auparavant s'était fait une écorchure à l'annulaire gauche : une rougeur apparut, qui occupait les deux tiers supérieurs du médius, le milieu de la face dorsale de la main et une certaine zone autour de l'ongle du petit doigt ; il y avait aussi des *taches roses* à la partie inférieure de l'avant-bras. Cette éruption était de couleur rouge crevette, formant un placard légèrement surélevé au-dessusdes téguments environnants, ne conservant pas l'empreinte du doigt.

Dans les régions de la main qui avaient été abandonnées par l'éruption, il persistait une teinte vaguement violacée. Ganglions sus-épitrochléens et axillaires. Par la suite, poussée extensive de la lésion, apparition de taches rosées à la périphérie, un peu œdémateuses, et d'une tache rouge quadrilatère à la paume de la main. Ensemencement de sang et de sérosité négatifs.

Cette description ne nous semble avoir qu'une ressemblance assez vague avec celles qui ont été données par les auteurs et avec ce que nous avons vu nous-même ; la localisation à la paume de la main peut exister, mais elle est exceptionnelle. M. Milian dit d'ailleurs lui-même qu'il porte le diagnostic d'érysipéloïde dans le sens d'érysipèle atténué et qu'il ne pense pas qu'il s'agisse d'érysipéloïde dans le sens de l'école allemande, dû au rouget du porc, bien que le malade soit charcutier. Il base aussi ses doutes sur l'absence de phénomènes généraux, mais cet argument a moins de valeur, car les phénomènes généraux font le plus souvent défaut dans les formes localisées de l'érysipéloïde.

Le second cas de M. Milian est encore plus douteux, de l'avis de son auteur lui-même.

Il s'agissait d'une femme qui présentait une nappe érythémateuse au tiers inférieur *de la jambe droite*, avec deux ulcérations au-dessus de la malléole externe ; il y avait aussi un soulèvement épidémique purulent du haut de la jambe. « On a l'impression, dit M. Milian, d'un érysipèle, mais la couleur est seulement rosée, la tension des téguments presque nulle ».

Et l'auteur conclut lui-même qu'il s'agit d'une infection cutanée due au streptocoque, dont l'origine réside dans un impétigo phlycténulaire coexistant à la jambe. Donc, ce n'est pas un *érysipéloïde*, une maladie de Rosenbach. Mais ces hésitations, ces tâtonnements, ces doutes, ces restrictions, sont instructifs, puisqu'ils montrent bien que l'affection n'est pas bien connue en France.

Bory, en 1932 également, a rapporté deux cas, chez deux femmes qui s'étaient contaminées au contact de porcs atteints de rouget. Les recherches de laboratoire ont toutes été négatives, mais les caractères cliniques et les circonstances étiologiques sont assez nets pour que ces cas puissent être tenus pour valables.

En Suisse, Bachmann publie aussi deux cas (1934). Ce qui prouve qu'en Suisse, la maladie n'est pas considérée comme banale, puisque des cas isolés ne sont pas jugés indignes d'une publication. Cependant, la Suisse est bien en Europe centrale ; d'où l'on peut conclure que, même dans cette région de l'Europe l'érysipéloïde est inégalement réparti, et qu'il y existe des centres, des foyers d'endémie.

En Angleterre, Bedford, en 1932, a rapporté une petite série d'observations. Plus récemment, John T. Ingram, M. D. Lond, M. R. D. P. Lond ont aussi rapporté quatre cas. Il est assez curieux de constater que jusqu'ici, l'érysipéloïde n'a pas attiré beaucoup l'attention, ni suscité beaucoup de travaux dans ce pays, qui a pourtant vue naître cette dermatose et l'agent pathogène n'avait pu, jusqu'ici, y être mis en évidence.

L'un de ces cas était consécutif à une piqûre par une esquille d'os de porc ; un deuxième concernait une nurse, et l'inoculation s'était produite au niveau d'une abrasion du pouce ; un troisième était survenu chez un boucher, à la suite d'une morsure de chien ; le quatrième malade était un épicier et s'était fait un coupure en taillant du bacon.

La durée de l'incubation est assez remarquable : 8 semaines dans le premier cas ; une semaine dans le deuxième ; 6 semaines dans le troisième ; 10 jours dans le quatrième. Il est vrai que l'inoculation peut ne pas être contemporaine de la blessure qui a servi

de porte d'entrée : il peut y avoir eu une blessure et inoculation ultérieure.

Les recherches bactériologiques avec les prélèvements faits sur les bords ou au centre des lésions donnèrent des résultats négatifs Mais un fragment de tissu exisé fut ensemencé sur des tubes de bouillon-sérum et au bout de 24 heures à 37 degrés, un trouble apparut dans le liquide ; l'examen microscopique permit de constater la présence d'un bacille court que les différentes épreuves bactériologiques pratiquées permirent d'identifier comme le bacille du rouget.

L'agglutination fut négative avec le sérum du malade, même à 1 : 10. Mais, avec un anti-sérum polyvalent, l'agglutination se produisit avec une dilution à 1 : 12.800, après six heures à 37 degrés.

La dernière en date de ces publications est celle de Fernet (*Société de Dermat.*, 8 nov. 1934).

Une jeune fille se blesse au médius droit avec une pointe d'os d'un morceau de viande de mouton « avancée » qui lui servait d'appât pour la pêche aux écrevisses. Au 10e jour, apparition de l'érythème, qui envahit l'index, le médius et l'annulaire et se propage à la moitié externe du dos et de la paume de la main. Pas d'arthrite, ni de lymphangite, ni d'adénite. Fernet ne signale pas de décoloration centrale, donnant un aspect circiné comme dans nos deux cas.

Cette observation est intéressante par la longueur inusitée de l'incubation : dix jours, et par la propagation rare à la paume de la main. L'agglutination fut positive à 1 : 75 quatre jours après le début de l'érythème c'est-à-dire au même taux à peu près que dans nos deux cas ; mais elle s'éleva à 1 : 200 quinze jours plus tard.

La malade fut traitée par la sérothérapie générale au moyen du sérum de Leclainche de l'Institut Pasteur, et guérit rapidement en deux semaines.

Les publications que nous venons de citer se rapportent toutes à des faits isolés, intéressants sans doute pour fixer les *caractères particuliers* de la maladie. Mais jusqu'ici, pour ce qui concerne les *caractères généraux*, nous manquions de données précises, parce qu'il n'existait aucune étude méthodique d'ensemble portant sur un nombre important de cas.

Cette lacune a été heureusement comblée tout récemment par Pawlowski (de Berlin) et c'est à ce travail, la seule base statistique qui existe actuellement dans la littérature que nous allons emprunter la plus grande partie de ce qui va suivre.

Cet auteur a relevé tous les cas qui ont été observés pendant 25 ans, de 1907 à 1931, à la clinique chirurgicale du professeur Bier. Nous disons bien : « clinique chirurgicale ». L'érysipéloïde est en effet, pourrait-on dire, une *dermatose chirurgicale* ; il est consécutif le plus souvent à une petite lésion traumatique, ce qui fait que les malades sont naturellement portés à s'adresser au chirurgien plutôt qu'au dermatologiste. C'est peut-être pour cela que les dermatologistes ont rarement l'occasion de l'observer. Et quant aux chirurgiens, on conçoit assez bien qu'ils se désintéressent un peu d'un humble érythème : *de minimis non curat.*

P. a pu ainsi, en 25 ans, relever 1.113 cas, et encore en éliminant tous les cas douteux qui n'étaient pas nettement caractérisés. Soit un par semaine en moyenne. Il serait évidemment invraisemblable qu'une dermatose aussi fréquente ait pu jusqu'ici passer inaperçue en France et y être si peu connue. Il existe donc bien des *foyers* d'érysipéloïde et même en Allemagne il y est inégalement réparti. Ainsi Rupprecht signale sa fréquence dans la Basse-Bavière, centre d'élevage du porc, où on l'observe plus souvent que le panaris. Faisons remarquer que, dans le cas personnel que nous avons rapporté au début de ce travail la contamination était due à des charcuteries provenant d'Alsace, c'est-à-dire presque de l'Europe centrale.

Dans notre publication de 1931, nous avons signalé le centre américain de la côte de New-Jersey, où l'érysipéloïde, d'origine pisciaire, sévit sur les pêcheurs de cette région avec une telle fréquence que Klauder et Righter en ont vu plus de 1.000 cas en 10 ans. Toutefois, habituellement l'érysipéloïde se présente sous la forme de cas sporadiques : il est endémique, non épidémique.

De véritables *épidémies* ont cependant été signalées :

En 1924, en Hongrie, dans une ferme isolée à 4 kilomètres d'Ortschafflt, Bencze a pu voir 64 personnes qui furent atteintes après avoir travaillé le lard d'animaux morts. La plupart des cas furent bénins et guérirent rapidement. Dans neuf cas cependant, il y eut une réaction thermique jusqu'à 40-41 et des troubles généraux.

Stéfansky et Grunfeld rapportent le cas suivant : au printemps de 1930, dans le village de Segelschiffen, auprès d'Odessa, il y eut un grand arrivage de poisson d'eau douce. Un grand nombre de personnes (cuisinières, ménagères, ouvriers de fabriques de conserves) qui avaient manipulé ces poissons et s'étaient fait de petites écorchures aux mains avec les nageoires ou les dents, ressentirent au bout d'un jour ou deux des brûlures et des démangeaisons, puis l'érythème apparut avec ses caractères typiques. Cette épidémie atteignit 200 personnes. Toutes furent atteintes aux mains ; tous ces cas furent locaux et quelques-uns seulement s'accompagnèrent d'une manifestation fébrile ; la guérison survint en trois semaines. L'enquête démontra que les poissons étaient frais et ceux qui en avaient mangé ne manifestèrent aucun trouble digestif. Jamais aucune épidémie semblable n'avait été constatée à Odessa, où l'on n'avait précédemment observé que quelques cas sporadiques fort rares. La bacille du rouget put être décelé par l'examen direct en usant de la technique suivante : injection intradermique dans la bordure du placard d'un demi-centicube de sérum physiologique, puis, sans enlever l'aiguille, aspiration du suc tissulaire dermique. Les cultures et les inoculations furent également positives.

Sur les 1.113 cas relevés par P. 827 concernaient des femmes, 286 seulement des hommes. Donc, influence étiologique manifeste du *sexe*, dans le rapport de 1 : 3 qu'il convient cependant d'atténuer si l'on tient compte des années de guerre, pendant lesquelles, en Allemagne comme dans toute l'Europe, toute la population masculine valide était sous les armes. Cette prédominance dans le sexe féminin est attribuée par P. simplement au fait que les femmes, en raison de leurs occupations ménagères, sont plus exposées au contact des matières organiques qui sont l'habitat commun du bacille du rouget.

Pour ce qui concerne l'*âge*, l'érysipéloïde s'observe surtout à l'âge moyen de la vie, de 20 à 60 ans. Il est rare chez les vieillards, ce qui s'explique aisément par leur inactivité ; mais il est exceptionnel chez l'enfant, ce qui est plus difficile à comprendre, car les enfants, au cours de leurs jeux, ont au moins aussi souvent que les adultes l'occasion de se souiller et de se blesser les mains. Cependant des pédiâtres allemands, tels que Czerny, Hamburger, Finkelstein, déclarent n'en avoir jamais observé un cas. Peut-être

existerait-il chez l'enfant une immunité générale, ou une résistance locale, s'opposant au développement du germe.

Une autre influence intéressante, et des plus nettes, est celle de la *saison*. L'affection prédomine nettement pendant les mois chauds de l'année, par exemple : 240 cas en septembre contre 10 en janvier (en 25 ans bien entendu). Nos deux cas personnels se sont produits, l'un en juillet l'autre en septembre ; les cas de Lemierre, Milian, Bory, Fernet également pendant les mois chauds. Les chiffres minima sont constatés pendant le premier trimestre de l'année. Cette répartition s'explique aisément par la décomposition des matières organiques, la pullulation des microbes et le réveil de leur virulence, favorisés par les fortes chaleurs. Cependant P. signale que la fréquence est plus grande dans le quatrième trimestre de l'année que dans le premier et il ne sait comment expliquer ce fait, car les conditions climatériques ne diffèrent guère. Il nous semble qu'on peut l'attribuer logiquement à l'action des stocks altérés de l'été, non encore épuisés au début de l'hiver.

On observe aussi des *variations de fréquence périodiques* qu'on doit rapporter vraisemblablement à des causes occasionnelles. Ainsi, dans la statistique de P. la courbe s'élève considérablement pendant les années de guerre. L'auteur croît qu'il faut incrimier les lards des « stocks américains » dont la qualité, paraît-il, laissait parfois à désirer. C'est bien possible : nos amis américains, emportés par leur zèle à soulager les misères de la guerre, ont bien pu se trouver amenés à se préoccuper de la quantité plus que de la qualité. Qui songerait à les en blâmer ? Mieux vaut encore du mauvais lard que pas de lard du tout. Du reste, pendant cette période les Allemands eux-mêmes étaient obligés de ne pas regarder de trop près à la qualité des denrées de leur marché intérieur, comme P. en convient d'ailleurs. Ces variations de fréquence sont aussi constatées chez le porc : « Enfin, disent Nocard et Leclainche, il est des « années à rouget » ; périodiquement, à des intervalles de quelques années, le chiffre des malades est doublé ou triplé dans tous les pays ».

Comme nous l'avons dit dans notre précédent travail le *siège* de l'érysipéloïde est presque toujours à la main, à la face dorsale des doigts. Sur cette question de localisation, la statistique de P. nous fournit encore des données précises : sur ses 1.113 cas, il n'y a eu que 30 localisations extradigitales, 15 chez les hommes, 15 chez les

femmes. Il va de soi que cette prédilection tient surtout à ce que la main est plus exposée aux souillures et aux traumatismes. Le bacille du rouget peut s'inoculer à n'importe quel point de la peau. Dans une des observations relevées par P. la lésion siègeait au pied ; on en a vu au nez, aux joues, aux oreilles. Callomon cite le cas d'un vétérinaire, atteint d'eczéma des oreilles, qui, s'étant gratté au cours d'une séance de vaccination de porcs atteints de rouget, présenta une tuméfaction très accentuée d'une oreille, avec troubles généraux ; les symptômes disparurent très rapidement après une injection de sérum anti-rouget. Cas plus curieux encore celui qu'observa l'ophtalmologiste allemand Peters (cité par Callomon) : chez une jeune fille atteinte d'un érysipéloïde du doigt, on vit survenir une iritis métastatique. P. a relevé dans 13 cas des lésions des deux mains simultanément. Dans 4 cas seulement fut observée la localisation à la paume ; on peut donc considérer ce siège comme rarissime. Dans notre observation personnelle de 1931, il s'était fait, par l'espace interdigital, une coulée vers la paume de la main, mais le point de départ était néanmoins dorsal.

La statistique que nous citons est un peu imprécise au point de vue des *professions* atteintes, à cause de la proportion considérable des femmes dont beaucoup étaient mariées et n'avaient pas de profession bien définie. P. paraît mettre en doute l'opinion commune que les professionnels de l'alimentation seraient plus exposés ; parmi les hommes, il n'y en avait que 75 sur 286 qui appartenaient à ce groupe de métiers ; les autres exerçaient les professions les plus diverses, jusqu'à un musicien, un étudiant en médecine et un étudiant en droit. Sans doute, mais il faudrait aussi comparer cette proportion avec celle des professions alimentaires vis-à-vis du chiffre total de la population. Dans les deux cas que nous avons rencontrés, l'un concernait un boucher, l'autre un charcutier. Il est certain que la doctrine du saprophytisme et de l'ubiquité du bacille du rouget tend de plus en plus à s'affirmer, comme le démontrait Vallée dans une thèse récente. « *Bacillus eresypelatus suis*, dit le professeur Verge semble étendre chaque jour son pouvoir pathogène et son domaine nosologique ». Et comme les occasions d'entrer en contact avec des matières organiques plus ou moins fermentées sont multiples dans toutes les conditions sociales, il n'est pas étonnant que l'on puisse rencontrer l'érysipéloïde chez des sujets appar-

tenant aux milieux les plus divers, mais avec uue fréquence inégale.

On peut voir ainsi apparaître des foyers tout à fait inattendus. Ginnes et Spindler ont signalé ainsi une véritable épidémie qui atteignit 152 ouvriers, soit plus du tiers du personnel,. dans une fabrique de boutons de Buchanan Country (Virginie). Ces ouvriers traitaient en effet des os, qui servaient à la fabrication des boutons. Les différentes catégories d'ouvriers furent atteintes d'une manière très inégale : la proportion atteignit 30 à 60 o/o chez les coupeurs, scieurs, manœuvres, contremaîtres, c'est-à-dire ceux qui manipulaient les matériaux bruts ou finis, tandis que personne ne fut atteint chez les électriciens, emballeurs, chauffeurs. Le bacille du rouget fut trouvé dans le sang du cœur et dans l'exsudat péritonéal de souris qui avaient été injectées avec une dissolution de poudre d'os.

Bien entendu, parmi les professions connexes à celles de l'alimentation, il faut citer les *pêcheurs*. Sur la côte de New Jersey, l'érysipéloïde est si fréquent, qu'on peut le considérer comme une véritable maladie professionnelle. « Le bacille du rouget isolé d'une infection pisciaire, dit le professeur Verge, est particulièrement virulent. L'infection des poissons et des crustacés par le bacille du rouget n'a point encore été signalée. Aussi, en l'état actuel de nos connaissances, convient-il de penser que le germe vit à l'état saprophytique, soit dans le mucus glaireux qui entoure les poissons, soit à la surface des crustacés et des coquillages ». Cette citation répond à la question que posait, à une séance récente de la Société de Dermatologie, M. le professeur Gougerot, de savoir si le bacille du rouget avait pu être isolé chez les poissons.

Mais il existe cependant des cas, assez nombreux, que l'on ne peut rattacher à aucune cause précise, et où l'étiologie n'est pas claire du tout (*ganz unklar* dit P.). Cela se conçoit, si le bacille du rouget est un microbe ubiquitaire.

Pour ce qui concerne les *complications*, en dehors des lymphangites, adénites, dont la fréquence paraît variable et est diversement appréciée l'attention mérite plus particulièrement de se fixer sur les *arthrites*, dont la fréquence chez l'homme est évaluée à 75 o/o des cas par certains auteurs comme Axhausen, ainsi que nous l'avons mentionné dans notre précédent travail. « Le bacille du rouget, dit Carré, présente en effet une affinité particulière pour les séreuses ».

Ces arthrites peuvent apparaître dès le début de l'affection, plus souvent cependant, l'apparition est assez tardive (dans nos deux cas, elles existaient dès le premier examen que nous avons fait des malades, mais légères). Elles peuvent atteindre une seule des articulations des doigts, ou plusieurs articulations à la fois. Elles assombrissent le pronostic, car elles peuvent se prolonger au delà de l'évolution de l'érythème et, sinon compromettre, du moins entraver le fonctionnement articulaire. Chez les animaux, le rouget chronique se présente parfois sous la forme d'un rhumatisme chronique. Mais qui sait si certains rhumatismes chroniques de l'homme n'auraient pas une telle origine parfois. Chez l'homme, les arthrites semblent cependant ne frapper que les articulations au-dessus desquelles s'étale l'érythème ; on n'a jamais signalé de localisations à distance, mais on ne les a peut-être pas recherchées ; il y aurait peut-être là un programme de recherches. Les rayons X ne montrent pas de lésions osseuses. Callomon pense, et P. partage cette opinion, que souvent, il n'y a pas véritablement arthrite, mais périarthrite, inflammation et gonflement de la capsule et que même l'articulation peut être intacte, l'œdème cutané très accentué en imposant pour une lésion articulaire.

Après la guérison de l'érysipéloïde, on peut observer parfois des *récidives*. P. dans ses recherches, a trouvé l'observation d'une femme chez qui l'affection se prolongea pendant 7 mois, avec des alternatives de disparition presque complète, et de recrudescence. Un vétérinaire allemand, Knoerchen, a publié sa propre observation, avec récidive.

Enfin, une dernière question se présente à l'esprit : l'érysipéloïde est dû à la *contagion* de l'animal à l'homme ; peut-il y avoir aussi contagion interhumaine ? « Jusqu'ici, dit le professeur Verge, la transmission d'homme à homme n'a jamais été rencontrée ». L'homme semble être du reste un terrain peu favorable pour le bacille du rouget, dont le développement paraît exiger des conditions particulières. Et cela d'ailleurs, même chez les animaux. « Il ne suffit pas, dit Carré, pour qu'une enzootie de rouget se déclare, de mettre en présence l'agent pathogène et l'animal sensible. Des conditions mal connues et insoupçonnées sont indispensables pour permettre à l'infection de se réaliser ».

Pawlowski, dans son étude du rouget, n'ajoute rien à ce qui est

déjà connu au point de vue de la *symptomatologie* de l'affection. Il insiste bien sur la disposition annulaire fréquente de l'érythème par suite de la décoloration de la partie centrale et il ajoute que l'anneau ainsi formé a tendance à s'étendre à la périphérie, tandis qu'en même temps la partie centrale rétrocède (1). Il cite à ce propos l'opinion de Friboes, qui a vu des cas où cet anneau pouvait atteindre les dimensions d'une assiette et plus (bien entendu, de telles dimensions ne peuvent exister que dans les formes généralisées).

La *thérapeutique*, depuis notre précédente publication, ne s'est enrichie d'aucune acquisition importante. Nous avions signalé, comme « dernier cri » l'emploi des rayons ultraviolets, préconisé en Allemagne par Muhlpfordt. Il semble qu'il n'y ait pas là un simple enthousiasme dû au philonéisme. Divers auteurs : Klauder, Righter, Harkins, Geinitz, ont eu à se louer de cette méthode. Muhlpfordt fait des séances de 15 à 20 minutes, avec irradiation à courte distance : 20 à 30 centimètres. Il suffit de deux séances, tout au plus six.

L'efficacité de cette méthode est vraisemblable étant donné, comme l'observe P. l'action bien connue des UV sur les phénomènes inflammatoires et nous ajouterons aussi les propriétés biologiques du bacille du rouget, qui résiste peu à la lumière, si bien que, chez le cochon, le rouget est beaucoup plus fréquent chez les animaux en étable que chez ceux qui sont en pâture.

Signalons aussi les bons résultats qui auraient été obtenus par Fraenkel par les injections intraveineuses de trypaflavine.

Il convient de ne pas faire des traitements à « grand orchestre » attendu que le plus souvent, l'érysipéloïde a tendance à la guérison spontanée, ou bien cède à des traitements anodins (ichtyol, collargol, etc.).

Fernet dans le cas qu'il a rapporté, a utilisé avec succès la sérothérapie ; mais, comme l'a fait remarquer Chevallier, dans les maladies qui guérissent spontanément, on obtient facilement de brillants résultats thérapeutiques avec n'importe quel traitement.

(1) ... so dass sich aus einer solchen Stelle, ein ringformiger Herd entwickelt. Auch der Ring hat die Neigung, peripher zu wachsen während sich der centrale Ringteil gleichzeitig zurückbildet, so dass, nach FRIBOES, manchmal Ringe von Umfang eines Suppentellers und mehr entstehen können. P.

Il ne faut pas employer la sérothérapie dans les formes localisées de l'érysipéloïde, parce qu'elle risque d'occasionner des accidents anaphylactiques qui seraient plus graves que la maladie à laquelle elle s'adresserait.

La sérothérapie doit être réservée aux formes généralisées, ou aux formes localisées avec menace de généralisation (fièvre, frissons, etc.). Presque tous les auteurs insistent sur cette recommandation.

*
* *

Il nous reste, pour achever cette étude, à envisager la question de l'érysipéloïde *généralisé*. Bien que, dans ce cas, il ne s'agisse plus, à proprement parler, de dermatologie, mais d'une maladie générale, d'une septicémie avec manifestations cutanées. Mais le dermatologiste a le droit de dire, en paraphrasant la maxime antique : dermatologiste je suis, et rien de ce qui touche à la peau ne m'est étranger. D'ailleurs, la forme généralisée peut succéder à la forme localisée et n'en être pour ainsi dire qu'une complication.

L'érysipéloïde généralisé est *rarissime*. Du moins paraît-il actuellement être tel ; mais bien mieux encore que pour la forme localisée, peut-on dire qu'il serait peut-être moins rare s'il était mieux connu, résultat qui ne pourra être obtenu qu'en lui faisant de la publicité, c'est-à-dire en multipliant les publications.

S'il existe des cas où l'on voit la généralisation de l'infection survenir à la suite de l'érythème local, il n'en est pas cependant toujours ainsi : la septicémie par le bacille du rouget peut se manifester sans que l'on ait pu constater aucune effraction préalable des téguments, aucune porte d'entrée cutanée ; la pénétration se fait alors sans doute par la voie digestive, comme pour le charbon interne. Cette voie de pénétration est du reste, chez le porc, la voie habituelle.

Nous ne reviendrons pas sur les cas que nous avons déjà signalés dans notre précédent travail. Dans ces trois dernières années, quatre cas nouveaux ont été observés : deux en France, un en Allemagne, un en Amérique. Et ces observations nouvelles présentent plus d'intérêt que les anciennes parce que, l'attention des observateurs ayant été alertée, il en est résulté une étude plus approfondie de ces cas nouveaux.

I. — M. le professeur agrégé Chevallier a présenté, en décembre 1931, à la *Société française de Dermatologie* une observation de septicémie par le rouget, chez un garçon charcutier de 18 ans.

Le début se fit par l'apparition, à la face antérieure des avant-bras, sur les jambes et sur les parties supérieures du dos, d'éléments assez curieux, qui tenaient à la fois du furoncle et de l'acné; cette éruption était accompagnée d'un état général : fatigue et fièvre légère. Donc, pas d'érysipéloïde localisé initial; il s'agirait par conséquent d'une septicémie d'origine interne. Puis cette éruption disparaît, et elle est remplacée par l'apparition de vastes placards rouges, accompagnée d'une réaction thermique à 39°; les placards se disséminent sur toutes les régions du corps.

Mais il nous paraît inutile de rapporter en détail l'observation de M. Chevallier, que tous les lecteurs de ces *Annales* connaissent certainement et dont chacun peut prendre connaissance dans le *Bulletin de la Société de Dermatologie*.

Nous nous contenterons de signaler certaines divergences avec les descriptions qui ont été faites par d'autres auteurs :

1. Placards *irréguliers et amorphes* alors qu'ils sont au contraire décrits comme ayant une limite nette et même une disposition figurée en anneaux.

2. Apparition, tout au moins sur certains des placards, d'une éruption, parfois confluente, de *vésicules* dont la taille varie d'une tête d'épingle à un petit pois, et *desquamation* finale intense des placards, phénomènes non mentionnés ailleurs.

3. Après une défervescence suivie de recrudescence, poussée éruptive d'éléments nodulaires ressemblant à un *érythème noueux*, non encore observée, et apparition d'*exulcérations* des muqueuses, signalées à vrai dire chez le porc, mais non chez l'homme.

4. *Evolution courte* : un mois et somme toute, relativement *bénigne* ce qui contraste avec la lenteur évolutive des cas signalés précédemment ou leur gravité souvent mortelle.

Mais si nous signalons ces divergences, ce n'est pas pour contester le diagnostic de rouget : on ne saurait prétendre que la symptomatologie d'une maladie aussi rare et encore si peu connue soit fixée dès maintenant *ne varietur*. Mais si le diagnostic de rouget est exact, on devra dans ce cas, aux caractères déjà connus de la maladie, ajouter ceux qui ont été décrits par M. Chevallier : amorphisme

des placards éruptifs, vésiculation, desquamation, érythème noueux, etc... Il est possible aussi qu'il y ait eu une association microbienne, car des fragments de peau ensemencés donnèrent des cultures de staphylocoques ; il se pourrait donc que, aux manifestations du rouget, soient venues se superposer des manifestations staphylococciques. Cependant en lisant l'observation, on a un peu l'impression qu'il s'est fait, dans l'esprit de son auteur, une association d'idées suivant la chaîne charcutier-cochon-rouget et on se demande, au cas où le premier chaînon aurait manqué, si l'on aurait pensé à faire de ce cas un cas de rouget. Autrement dit, l'argument étiologique professionnel semble avoir joué un rôle déterminant et peut-être un peu trop prépondérant. Car les garçons charcutiers ne sont pas au-dessus des autres hommes, et s'ils sont exposés au rouget, ils n'échappent à aucune des autres maladies qui peuvent atteindre les humains.

Les recherches de laboratoire ont donné les résultats suivants : L'agglutination fut négative, même à 1 : 10, alors qu'habituellement c'est au contraire l'épreuve qui se montre le plus souvent positive.

L'épreuve des précipitines fut positive ; n'étant pas « homme de laboratoire » nous ne sommes pas qualifié pour apprécier la valeur spécifique de cette réaction. Ne peut-il exister des précipitines « indifférentes ? » nous posons la question sans la résoudre.

La réaction de fixation du complément fut positive ; il n'existe aucun autre exemple de ce fait dans la littérature. Partout, les auteurs mentionnent l'absence du pouvoir antihémolytique et certains, comme nous l'avons vu, attribuent à ce fait la gravité de l'infection qui serait due à la carence des réactions immunitaires. Il est vrai que, précisément, le malade de M. Chevallier a guéri, et assez vite, et la bénignité relative est peut-être due à une efficace intervention du mécanisme immunitaire. Ce serait donc une heureuse exception.

Les recherches bactériologiques : examen direct, cultures, inoculations, ont été négatives avec le matériel provenant du sang ou des ulcérations ; mais dans les coupes histologiqnss on put déceler un petit bacille gram-positif dont les caratères se rapprochaient beaucoup de ceux du bacille du rouget mais pourtant, M. Chevallier ne se croit pas autorisé à en affirmer absolument l'identité.

En somme, pour conclure, si l'on posait la question : Le cas

publié par M. Chevallier était-il bien un érysipéloïde généralisé ? il nous semble qu'on pourrait répondre : *c'est bien possible*, mais qu'on ne peut répondre : *c'est bien certain.*

M. Chevallier lui-même n'a d'ailleurs proposé ce diagnostic qu'avec de prudentes réserves.

II. — Le second cas français, fort curieux, est dû à M. le professeur Fiessinger, en juin 1934.

Si l'on devait faire abstraction du fait étiologique pour ne tenir compte que du fait clinique, on ne pourrait mettre sur ce cas d'autre étiquette que celle de *Purpura infectieux hématomique et symétrique.*

Car c'était effectivement un purpura, avec ses caractéristiques sanguines : anémie, leucopénie, neutropénie, signe du lacet ; le temps de saignement et de coagulation cependant normaux.

Là encore, les caractères cliniques diffèrent de ce qui a été décrit antérieurement, mais comme les recherches de laboratoire ont été nettement positives, il semble donc démontré comme nous l'avons dit déjà, que la septicémie par le bacille du rouget se présenterait avec un certain polymorphisme clinique.

Il s'agissait d'un italien de 40 ans, qui avait fait un repas de « petit salé », et, comme c'était un modeste frotteur de parquets, on peut s'imaner aisément qu'il ne s'approvisionnait pas chez le « bon faiseur ». Dans la journée même de ce repas : prurit et malaises ; le lendemain, apparition, sur le tronc et les membres, de taches rouges, confluentes par places en larges placards, prurigineuses, avec légère élévation thermique. Puis 8 jours plus tard, douleur du genou gauche. Vers le 12ᵉ jour, l'éruption rétrocède, suivie de desquamation et d'apparition de quelques furoncles. Après une semaine de sédation des symptômes, on voit apparaître successivement en quelques jours une tuméfaction douloureuse rouge violacé de l'une, puis de l'autre oreille, et deux taches symétriques de même couleur au niveau des deux pommettes, le tout accompagné d'anémie et de fatigue générale accentuée. Les pavillons des deux oreilles atteignaient une épaisseur de 15 millimètres et étaient fortement indurés. D'autres taches purpuriques, mais sans infiltration sanguine, siégeaient sur différents points du corps, notamment aux deux malléoles internes. Un vétérinaire, le docteur Mamant, qui suit le service, est frappé de l'analogie de cet aspect avec celui du rouget du porc, notamment à cause des hématomes des oreilles, qui sont typiques chez le porc. Les recherches de laboratoire entreprises confirment entièrement cette

opinion. Le malade est alors soumis à la sérothérapie par le sérum de Leclainche qui donne les mêmes résultats brillants que chez le porc : chute de la température, amélioration de l'état général ; les hématomes rétrocèdent suivis d'escharres aux oreilles, comme cela se voit chez le porc. L'état du malade est tellement amélioré qu'il sort de l'hôpital. Mais l'amélioration ne se complète pas, le malade reste anémié et affaibli et présente en outre des signes de néphrite : albumine. Enfin, il meurt subitement trois mois après le début de la maladie.

Chez le porc, la mort subite n'est pas rare, et elle est causée en général par une endocardite végétante. Le malade de M. Fiessinger ne fut pas autopsié.

Les recherches de laboratoire effectuées (en dehors des recherches hématologiques) furent les suivantes :

Inoculation d'urine et de sang à la souris et au pigeon : négatives.

Hémoculture : positive ; elle permet d'isoler des bacilles extrêmement fins isolés ou groupés par 2 ou 3, parallèlement ou en files, gram positifs, ayant en un mot nettement les caractères du bacille du rouget.

Inoculation de cette culture au pigeon après repiquage : mort en 3 jours.

Intradermoréaction avec l'endoprotéine suivant la technique de Besredka-Reilly : résultat positif ; apparition d'un placard infiltré douloureux de la dimension d'une pièce de 20 fr. (en or ou en argent ?) avec tache ecchymotique centrale de 7 mm.).

Telle est l'histoire de ce cas, sur l'intérêt duquel il serait superflu d'insister. Nous disions qu'elle s'écartait assez sensiblement des caractères précédemment observés du rouget de l'homme ; mais par contre, elle se rapproche sensiblement des caractères du rouget du porc, puisque c'est du reste cette analogie qui a mis sur la voie du diagnostic.

Aussi M. Fiessinger propose-t-il avec raison de l'appeler : *forme porcine du rouget de l'homme.*

III. — Un autre cas a été observé en Allemagne par Domrich, à la clinique du professeur Bier, la même où ont été faites les recherches de Pawlowski.

Il s'agit d'une femme qui était employée dans un restaurant, affectée à la réception et à la distribution des denrées alimentaires. En juillet 1931, elle se blessa à un doigt, se fit une coupure légère, après laquelle elle eut à manipuler du poisson et des pommes de terre. L'érythème apparut et en 8 jours, s'étendit à tous les doigts de la main, puis à la main entière, qui présentait une teinte bleuâtre ; au milieu de l'avant-bras, apparut une rougeur inflammatoire rouge vif, à laquelle faisait suite dans la région du coude, une rougeur disposée comme un ruban. Peu à peu, et en dépit de tout traitement, le processus envahit la peau de la nuque et du dos. Le tout accompagné de fièvre. Les figures qui accompagnent le travail de Domrich montrent bien les placards avec leur bordure nette et sans découpures.

Le bacille du rouget ne put être découvert dans le sang, mais il fut constaté sur les coupes histologiques de la peau excisée.

Il s'agit donc dans ce cas, contrairement aux deux précédents, d'un érysipéloïde généralisé de cause externe, à la suite d'une inoculation cutanée.

IV. — Il en est de même du quatrième cas, qui a été observé en Amérique par le professeur Klauder (de Philadelphie) en 1930 et 1931. Il est remarquable par sa longue durée et par sa terminaison mortelle, d'ailleurs accidentelle et non due à la maladie elle-même, qui permit en outre une autopsie.

Le malade était d'ailleurs un confrère, un médecin de 54 ans, qui était allé à la pêche aux écrevisses (comme dans le cas rapporté par Fernet). Il se servait comme appât de petits poissons, avec la dent d'un desquels il se fit une blessure insignifiante à l'index de la main droite. Deux jours plus tard, le doigt se mit à enfler, en même temps que le malade ressentait une sensation de brûlure, et une bulle hémorragique apparut au niveau de la blessure. Ceci se passait en août 1930 (toujours en été). Au mois de novembre, on constatait des placards érythémateux purpuriques, typiques, d'érysipéloïde, qui avaient envahi la totalité de la face dorsale de la main droite, s'arrêtant au poignet par une bordure nette ; cet érythème contourna la base du pouce, envahit la totalité de la paume de la main. Le tout accompagné de douleurs, de brûlures, d'incapacité de saisir les objets. Les placards d'érysipéloïde envahirent l'avant-bras, puis des traînées érythémateuses se montrèrent au-dessus du coude, au bras.

Une injection de sérum amena une régression momentanée des lésions, mais en février 1931, se produisit une recrudescence avec extension de l'érythème jusqu'à mi-hauteur de l'épaule ; douleurs dans le poignet et le

coude. Au mois de mars, l'érythème envahit le dos, formant une grande plaque circulaire qui s'étend depuis l'épaule droite jusqu'à la colonne vertébrale; l'extension se fait aussi en avant, jusqu'à l'abdomen en bas et la clavicule en haut. Cet érythème présente toujours des limites nettes, onduleuses. L'auteur insiste bien sur l'aspect circiné des placards avec peau normale au centre (1); on ne voyait pas, dit-il, de placards quadrilatères, rhomboédriques comme chez le porc (2).

Au mois d'avril, traînées érythémateuses autour du cou, placards circinés en demi-cercle sur la poitrine et le dos; nouvelles traînées rouges aux fesses, au visage, au cuir chevelu ; toute la surface cutanée est envahie sauf les organes génitaux. Ces manifestations éruptives ne s'accompagnaient pas de signes subjectifs, disparaissaient pour reparaître ensuite.

L'évolution se prolongea ainsi pendant de longs mois, s'accompagnant d'arthropathies multiples, de polyadénopathies, de perte accentuée du poids; le moral du malade était en outre tellement atteint qu'au bout de 29 mois, soit à la fin de 1932, il finit par se tirer une balle de revolver dans la région du cœur, et il succomba à une septicémie banale consécutive à cette blessure.

Voici maintenant quelles furent les recherches de laboratoire effectuées :

Cinq mois environ après le début de l'infection, le bacille du rouget put être extrait d'un fragment de peau excisé au devant du bras droit. Une culture de 48 heures de ce bacille en hormone-bouillon fut injectée dans le péritoine de trois souris blanches ; deux de ces trois animaux moururent au bout de 96 heures. La troisième survécut.

Quinze mois environ après le début de la maladie, un fragment de peau fut excisé de nouveau et ensemencé, et la culture fut encore positive. Un centicube de culture de 48 heures en hormone-bouillon de cette peau tua au bout de dix jours une souris injectée dans le péritoine. Dans le sang du cœur de cette souris, le bacille du rouget put être démontré par la culture. Cette souche était donc beaucoup moins virulente que celle qui avait été obtenue par culture de la peau, cinq mois après le début de l'infection.

L'agglutination fut positive. La réaction de fixation du complément négative.

Les hémocultures, répétées plusieurs fois aux diverses époques de

(1) Die Zentrale dieser Herde zeigten stets normale Haut.
(2) Rautenformige Herde.

l'évolution, furent négatives; de même les recherches sur les coupes.

A l'*autopsie*, on eut une surprise : il existait dans le foie un foyer cancéreux, mais limité; il s'agissait de toute évidence d'un cancer primitif du foie à son stade de début et qui ne pouvait avoir eu aucune influence sur l'évolution de la maladie. Les autres lésions consistaient en placards nécrotiques du foie, tuméfaction et congestion des reins, inflammation chronique de la moelle, tuméfaction de tous les groupes ganglionnaires, mais il n'y avait pas d'endocardite.

Bien que le bacille n'ait pu être extrait du sang, le tableau clinique démontrait cependant une infection générale septicémique ; en faveur de celle-ci parlaient la diminution progressive des forces, et du poids, la fièvre persistante, les tuméfactions ganglionnaires, et les constatations histologiques.

Les *thérapeutiques* les plus variées furent tentées, entre autres :

Combinaison de vaccin et de filtrat du bacille du rouget en injections sous-cutanées.

Injections d'une substance spécifique soluble de polysaccharides du bacille du rouget (endotoxine ?).

Protéinothérapie aspécifique, avec vaccin antityphique intraveineux, avec du lait stérilisé.

Transfusion du sang, avec le sang d'un donneur qui avait été atteint récemment d'érysipéloide.

Les recherches comparées sur l'efficacité du sérum de malade, du sérum de cheval normal, et de l'immunsérum, montrèrent que le sérum de malade n'avait qu'une efficacité un peu plus élevée que le sérum de cheval. Par contre, l'immum sérum manifesta un degré d'efficacité assez accentué, si bien que l'on pouvait fonder sur lui un espoir de guérison si le malade ne s'était pas suicidé.

Faisons remarquer que, s'il ne se forme pas d'anticorps dans le sérum de l'homme, il est assez compréhensible que le sérum de convalescent soit sans efficacité.

*
* *

Parvenu au terme de cette étude, nous nous sommes demandé parfois, au cours de notre travail, si nous ne nous exposions point à encourir de la part de certains critiques, le reproche d'avoir donné à notre sujet une extension disproportionnée avec son importance,

s'agissant somme toute le plus souvent d'une petite dermatose locale et bénigne.

Nous ne pensons pas que cette critique soit fondée.

D'abord, parce que, si la maladie est bénigne, elle est cependant encore ignorée de la plupart des médecins et son histoire n'a encore jamais été écrite en France dans un travail de caractère général et didactique.

Si l'affection est en effet assez banale au point de vue clinique, il n'en est pas de même au point de vue étiologique. Il ne s'agit pas en effet d'une lésion due à quelqu'un de ces microbes communs qui sont nos commensaux habituels, à quelque vulgaire streptocoque ou staphylocoque. Son agent pathogène est un hôte peu familier, le bacille du rouget, qui présente en outre cette originalité de nous venir du cochon, animal qui a su se rendre sympathique et populaire, malgré ou à cause de son peu de distinction.

Enfin, dire que la maladie est bénigne, c'est une affirmation téméraire. C'est exact pour la lésion cutanée locale, et encore quand elle reste locale, mais nous avons vu que les formes septicémiques sont des plus graves. Et nous ne savons pas si, entre ces deux extrêmes, il n'existe pas des formes intermédiaires. Le bacille du rouget ne nous a peut-être pas encore livré tous ses secrets.

Le sujet déborde donc le domaine dermatologique pour ouvrir des horizons sur la pathologie générale. Nous avons vu que, chez les animaux, le rouget peut revêtir des aspects différents suivant les espèces, que chez le mouton, par exemple, il se manifeste parfois uniquement sous la forme d'arthropathies. Chez l'homme il existe peut-être aussi des formes encore inconnues. Quant à nous, songeant à l'affinité du microbe pour les séreuses et pour les synoviales articulaires nous ne pouvons nous défendre d'un rapprochement avec la maladie de Bouillaud, dont le problème étiologique attend toujours sa solution. Et l'étiologie des rhumatismes chroniques est encore pleine d'obscurités. Il y a peut-être là une forêt vierge à explorer.

Un autre caractère contribue encore à donner à l'érysipéloïde un intérêt particulier : c'est qu'il vient grossir le chapitre toujours plus abondant des maladies communes à l'homme et aux animaux, montrant une fois de plus qu'en pathologie, il n'y a pas de frontières,

ni entre les hommes, ni même entre les espèces. Comme l'avait déjà dit Lucrèce :

Consimili ratione venit bubus quoque saepe
Pestilitas, etiam pecubus balantibus aegror.

P. S. — Nous remercions très vivement notre jeune et excellent ami Daniel Octobre, Grand Prix de Rome de peinture, pour l'amabilité avec laquelle il a bien voulu apporter à la Science le concours de l'Art en exécutant, avec son talent coutumier la belle reproduction ci-jointe de la lésion de notre malade.

Bibliographie complémentaire

Nous avons donné en 1931 une Bibliographie étendue et à peu près complète. Nous y ajoutons ici les références de ces trois dernières années.

Françaises :

Belgodere. L'érysipéloïde. Transmission à l'homme du rouget du porc (avec une observation personnelle). *Ann. de Derm. et de Syph.*, 7e série, t. 2. nº 12, décembre 1931, p. 1241. — Bory. Deux cas d'érisypéloïde de Rosenbach par contagion directe du rouget du porc. *Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph.*, 1932, nº 7, juillet, p. 1251. — Carré. L'infection du mouton, par le rouget du porc. *Revue gén. de Méd. vétérinaire*, nº 470, 15 février 1931, p. 69. — Chevallier, Collin, Lévy-Bruhl, Ely et Moricard. Un cas de rouget du porc généralisé chez l'homme. *Bull. Soc. fr. de Derm. et Syph.*, 10 déc. 1931, p. 1477, 8 fig. et 14 janv. 1932, p. 106, 4 fig. — Fiessinger et Brouet, Rouget du porc chez l'homme à forme porcine et d'origine digestive. *Presse Médicale*, nº 44, 2 juin 1934, p. 889. — Fernet. Erysipéloïde après blessure par os de mouton. *Soc. fr. de Dermat. et Syph.*, 8 nov. 1934. — Lemierre. Transmission du rouget à l'homme. *Bull. de l'Académie de Médecine*, 10 janv. 1933, p. 59. — Milian. Erysipéloïde. *Revue franç. de Dermat. et de Vénéréol.*, sept.-oct., 1932, p. 467. — Milian. Impétigo phlycténulaire et érysipéloïde de la jambe. *Revue fr. de Dermat. et de Vénéréol.*, sept.-oct. 1932, nos 9-10, p. 471. — Nevot. La présence du bacille du rouget dans les arthrites du mouton. *Revue gén. de Méd. vétérinaire*, nº 492, 15 décembre 1932, p. 740. — Simon (Clément). L'érysipéloïde ou maladie de Rosenbach. *Bulletin Médical*, nº 11, 12 mars 1932, p. 186 — Verge. Les

maladies communes aux hommes et aux animaux : l'érysipéloïde ou rouget de l'homme. *Revue gén. de Méd. vétérinaire*, nº 494, 15 février 1933, p. 65. — VALLÉE (M.). Sur l'étiologie du rouget. *Thèse de Doctorat vétérinaire*, 1930.

Allemandes :

BACHMANN. Deux cas de maladie de Rosenbach : érysipéloïde. *Schweiz. Méd. Wochenschrift*, LXIV, nº 2, janvier 1934, p. 38. — BENCZE. Erysipeloid-epidemie von Schweinererysipel ausgehend. *Gyogzaszat* (Hongrie), t. **64**, nº 30, p. 468, 1924. Analysé dans *Zentralblatt für Haut und Geschlechtskrankheiten*, 1926, t. **19**, p. 408. — CALLOMON. Article : Erysipéloïde du *Traité de Jadassohn*, t. **9**, p. 98. — DOMRICH. Hermann. Ueber schwere Schweinerrotlauf Erkrankungen beim Menschen. *Zentralblatt für Chirurgie*, nº 10, mars 1932, p. 593, 4 fig. — FRAENKEL. Trypaflavinbehandlung des Erysipeloides. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **93**, 1931, p. 1967. — KLAUDER (Joseph Pr.). Generalisiertes Erysipeloid. Bericht ueber einen 29 Monate dauernden Fall, mit Sektions Befund, uebersetz von G. Hopp (de Hambourg) (le traducteur ne mentionne pas la source originale), *Dermat. Wochenschrift*, t. **98**, nº 20, 19 mai 1934, p. 613, 3 fig. — PAWLOWSKI (Emanuel). Ueber das Vorkommen von Erysipeloid während eines Zeitraumes von 25 Jahren. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Band **235**, Heft 11-12, p. 711, 1932. 3 fig. — PAWLOWSKI. Die Klinik und Terapie des Erysipeloides. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1932, nº 35. — RICHTER. Ueber seltene Formen von Erysipeloid. *Dermat. Wochenschrift*, t. **94**, nº 2, janvier 1932, p. 45. — STEFANSKY et GRUNFELD. Eine epidemie des Erysipeloides in Odessa (travail de l'Institut bactériologique d'Odessa). *Zentralblatt für Bakteriologie*, vol. **117**, 1930, p. 376.

Anglaises et Américaines :

GINNES et SPINDLER. Erysipeloid condition among workers in a bone button factory due to the bacillus of swine erysipelas. *Americ. Journal Publ. Health*, vol. **24**, nº 1, janvier 1934, p. 32. — RICHTIE et BECKER. Erysipeloid. *The Jour. of the American Medical Association*, t. **95**, 1930, p. 26.

BEDFORD, T. H. B. *Brit. Journ. Dermat. and Syph.*, 1932, p. 368. — T. IINGRAM (John), M. D. LOND, M. R. C. P. LOND. Erysipeloid. *Brit. Journ. of Dermat. and Syph.*, vol. **46**, nº 7, juillet 1934, p. 303.

ÉTUDE CLINIQUE ET HISTOLOGIQUE DE LA LEISHMANIOSE CUTANÉE BOUTONNEUSE (LEISHMANIOSE LUPOÏDE)

par MM.

le Prof. L. MACHKILLEISSON, le Dr. L. NERADOV et le Prof. RAPOPORT
Institut de la tuberculose cutanée de Moscou (Directeur M. le Prof. Bremener).

Beaucoup d'auteurs en particulier Darier, Soultanov et Khoudadov, Weinberg-Niclass, etc... ont fait remarquer la diversité du tableau clinique de la leishmaniose cutanée.

De différents établissements médicaux de dermatologie 9 malades avaient été envoyés à l'Institut de la tuberculose cutanée de Moscou pour tuberculose cutanée. Après examen il fut reconnu qu'il s'agissait de leishmaniose cutanée tardive. Sur les 9 malades en question, 7 étaient porteurs de cet ulcère que Guitelson appelle « metaleishmaniose » cutanée. Quant aux deux autres malades atteints de Bouton d'Orient l'un présentait l'aspect du lupus *vulgaris tumidus* et l'autre du *lupus pernio*.

Citons quelques brefs extraits de ces observations.

Premier cas. P. — Observation n° 14199, femme de 19 ans, russe, ouvrière. Du 1er juin 1932 au 1er mars 1933 elle habite Samarcande. En septembre 1933 les lésions cutanées apparaissent et durent 4 mois. Sur la joue gauche un tout petit bouton formé d'une conglomération de petits tubercules congestionnés, d'aspect lupoïde, d'où le diagnostic de *lupus vulgaris tumidus* (voir fig. 1).

Poumons : matité en avant, à gauche jusqu'à la deuxième côte, en arrière jusqu'au quart supérieur de l'omoplate. L'auscultation révèle une inspiration rude. La radio ne fournit aucun signe pathologique ni du côté du poumon, ni du côté du cœur.

La réaction de von Pirquet reste négative.

Biopsie le 28 février 1934 : au microscope, l'épithélium ne présente



Fig. 1.

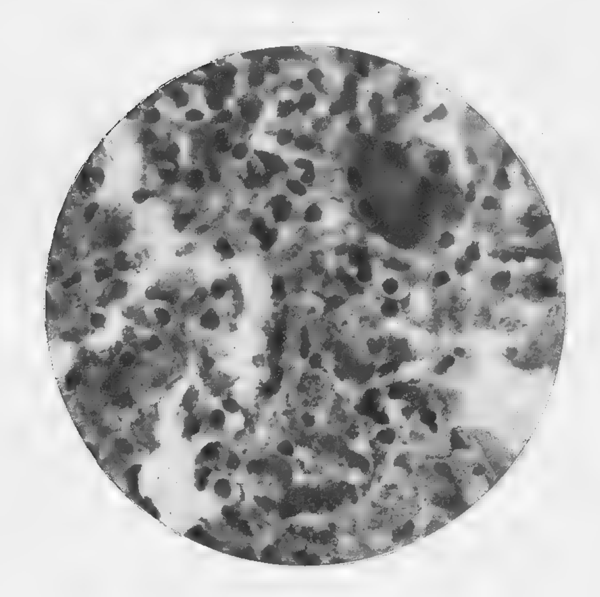


Fig. 2.

rien de particulier. Les follicules sont larges, remplis de masses cornées. Le derme est infiltré d'abondantes cellules épithélioïdes à protoplasme transparent, contenant une multitude de parasites de la leishmaniose tropicale. Les cellules épithélioïdes sont groupées en nodosités, entourées de couches de fibroblastes et de cellules lymphatiques.

Dans les profondeurs du foyer, on note des nodules contenant en même temps que les parasites et les cellules décrites ci dessus des cellules géantes du type Langhans (voir fig. 2).

Le cas S. A. observation n° 12.593, 53 ans, arménienne (1). Pas d'antécédents tuberculeux. Le père est mort à 117 ans, la mère avait une maladie de cœur, le mari mourut à 44 ans de laryngite tubercu-



Fig. 3.

leuse. Rougeole et variole — il y a longtemps. Climax — il y a 3 ans. Dès l'âge de 13 ans elle habite le Turkestan (Kzil-Arvat), où elle contracte en 1903 le Bouton d'Orient. A l'heure actuelle, sur la joue

(1) Cette malade a été présentée aux séances des 3 avril et 3 décembre 1933, de la Société de Dermato-Vénéréologie de Moscou.

droite, à l'emplacement de la lésion, se trouve une petite cicatrice. De 1916 à 1924 notre malade habite Tachkent et, en 1924 elle s'installe à Moscou.

De 1916 à 1929 elle a fait 7 voyages à Kzil-Orde, d'environ 2 mois chaque fois. Le dernier séjour date de septembre 1929.

Depuis 1924, chaque hiver, apparaît aux joues une rougeur qui disparaît toujours en été.

En hiver 1931 il se forme un petit bouton sur le nez, ensuite une rougeur et une enflure au nez et aux joues. La température reste normale.

On fit à la malade une série de 18 injections d'autohémothérapie et 18 séances de photothérapie avec la lampe Bach. Aucune amélioration ne put être constatée. Dans le courant de mars et avril on fit deux séances de Roentgenthérapie et l'on vit bientôt au niveau du bouton se former une petite ulcération. Le 3 mars 1933 la malade se présente à l'Institut. On constate sur le nez et les joues une enflure d'un bleu rougeâtre, lie de vin, dure au toucher qui s'étend entre les yeux et atteint les paupières supérieures. Les contours en sont nets sur les joues et forment sur chaque joue une étendue de 5 × 7 centimètres. Le dos du nez porte un petit ulcère couvert d'une croûte noire (voir fig. 3). A la diascopie, la tuméfaction de la joue et du nez ne présente pas de tubercules jaunes. Une radio des poignets ne révèle rien. La réaction de Pirquet reste négative ; la réaction de Mantoux est positive aux taux de 1 : 1.000. Le Bordet-Wassermann est négatif.

La percussion, l'auscultation et la radio des poumons ne présentent rien de particulier. On pose le diagnostic de *myodegeneratio cordis, scleros, compens.* La numération globulaire est aux environs de la normale.

A fin de recherches histologiques on pratiqua deux biopsies : 1° pièce prélevée sur la joue enflée. Le *derme* est *farci* de cellules épithélioïdes et de nodules fibreux contenant quelques cellules géantes du type Langhans. Quelques nodules subissent au centre une nécrose caséeuse.

Autour des nodules existe une infiltration lymphoïde avec un petit nombre de cellules plasmatiques. Les téguments sont indemnes. Ni leishmania ni bacilles tuberculeux (voir fig. 4).

2° La pièce prélevée sur le nez, au bord de l'ulcère fait voir le *derme farci* d'une grande quantité de grosses cellules épithéloïdes réparties en groupes de diverse importance, limités par une couche fibreuse. Les cellules épithélioïdes possèdent des noyaux compacts, riches en chromatine, à protoplasme clair, bourrés de Leishmania.

Parmi les cellules épithélioïdes présence de polynucléaires (neutrophiles). L'épithélium est en partie ulcéré, à la surface une croûte purulente le recouvre (voir fig. 5). En mars 1933 le petit ulcère du nez s'élargit. Sur les frottis et les cultures on trouve des *leishmania tropica*.

10 avril : on entreprend des injections intraveineuses de stibosan auxquelles succède une certaine amélioration. Le 14 mai on avait pratiqué en tout 10 injections à 0,3.

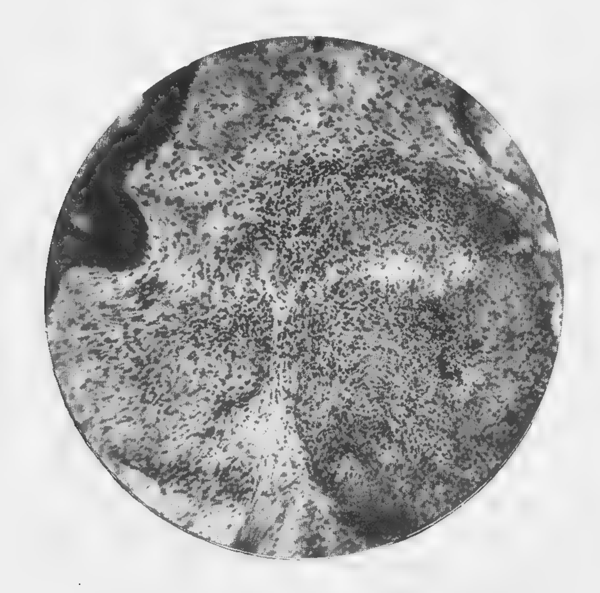


Fig. 4.

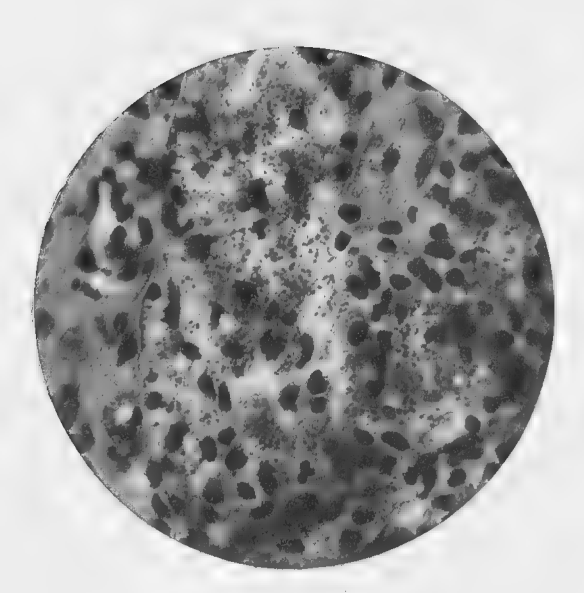


Fig. 5.

16 mai : l'ulcère du dos du nez atteint 4 × 3 centimètres, le fonds se comble mais les leishmania apparaissent de nouveau. L'enflure de la joue persiste.

27 juin : on fait des piqûres de néosalvarsan.

Le 2 juillet on constate que le centre de l'ulcère donne une épithélisation intensive et le séparant en deux parties. L'enflure de la joue gauche devient moins dure. Le 10 juillet l'ulcère augmente de nouveau. Au 15 juillet le nombre des injections de néosalvarsan est de 9 (3,25). L'enflure d'une teinte violacée persiste sans modifications appréciables. L'ulcère se guérit au bord, le centre est recouvert d'une croûte purulente, sèche.

5 septembre : l'enflure violacée a augmenté, l'ulcère est recouvert d'une croûte sèche. Sur l'aile gauche, au bout du nez une petite ulcération envahit la muqueuse nasale. On procède tous les deux jours à des injections de Biochinol à 2,0. Après 12 injections, aucun effet. On fit au total 15 injections soit 30,0.

17 novembre : sensible amélioration, l'ulcère du nez est en partie guéri ; l'enflure du nez et des joues a diminué. Le 19 novembre on reprend les injections de biochinol. Le 9 décembre, l'ulcère du nez est presque entièrement terminé. Le 27 décembre on a la 19e injection de biochinol soit 37,0. L'ulcère est alors complètement cicatrisé. Pourtant l'enflure des joues reste sensible.

Troisième cas. G. S. — Observation n° 13.583, étudiante de 20 ans, arménienne ; a contracté à la joue droite le Bouton d'Orient il y a 7 ans à Achkhabad.

On lui fit des applications depommade pyrogallique.

Un an après apparaît autour de la cicatrice un groupe de nodules. Sur la joue droite quelques cicatrices lisses, irrégulières. Un peu à droite du pli naso-labial on note une conglomération de petits tubercules plats, jaunes et mous. La réaction de Pirquet est négative. L'examen histologique montre dans la couche papillaire un nodule important à structure épithélioïde avec quelques cellules géantes du type Langhans. De plus le derme et l'hypoderme sont semés de foyers épars d'infiltration molle avec de petites cellules, quelques cellules plasmatiques et des éosinophiles. On ne trouva ni bacille tuberculeux ni leishmania.

Quatrième cas. L. V. — Observation n° 10.460, garçon de 7 ans, israélite. Contracte le Bouton d'Orient à Anjujan il y a 3 ans. 12 boutons secs apparaissent en même temps sur la joue. On pratique la diathermie, la radio, des cautérisations à l'acide phénique, des applications de pommade à l'antimoine, etc. Six mois après le début de la maladie il ne restait qu'un seul bouton sur la joue droite qui persiste à l'heure actuelle, c'est-à-dire depuis 2 ans 1/2. La peau du visage est bridée, tendue de cicatrices éparses, brillantes autour desquelles quelques petits boutons parfois con-

fluents, de couleur jaune-brun, mous et plats. La réaction de Pirquet est négative.

La biopsie montre le tableau caractéristique de la tuberculose.

Cinquième cas. I. A. — Observation 11.193, garçon de 4 ans 1/2, russe. Contracte le Bouton d'Orient à Boukharra il y a 3 ans. La lésion intéressait la joue gauche.



Fig. 6

Après une congélation au CO^2 la cicatrisation se produit. Six mois après, autour de la cicatrice se développaient des nodules rouges qui, par la suite, prirent une teinte jaunâtre (voir fig. 6).

La réaction de Pirquet est négative.

Sixième cas. A. Ch. — Observation 9.936, étudiant, âgé de 30 ans, russe. Contracte en 1928 à Tachkent le Bouton d'Orient qui se situe à la joue gauche, au pavillon de l'oreille droite et au coude gauche. On procède à la Rœntgenthérapie.

Après la guérison apparaissent bientôt sur la cicatrice de la joue gauche quelques boutons jaunâtres, sur l'oreille droite et au coude gauche une enflure.

Sur la joue gauche au pourtour de la cicatrice, de forme ovale, de la dimension d'une pièce de 20 sous on peut distinguer des tubercules mous, plats et jaunâtres.

Sur le bord du pavillon de l'oreille droite, près de la cicatrice également on voit quelques tubercules semblables et une enflure molle. Au coude gauche, à côté de la cicatrice également on aperçoit une enflure molle et violacée.

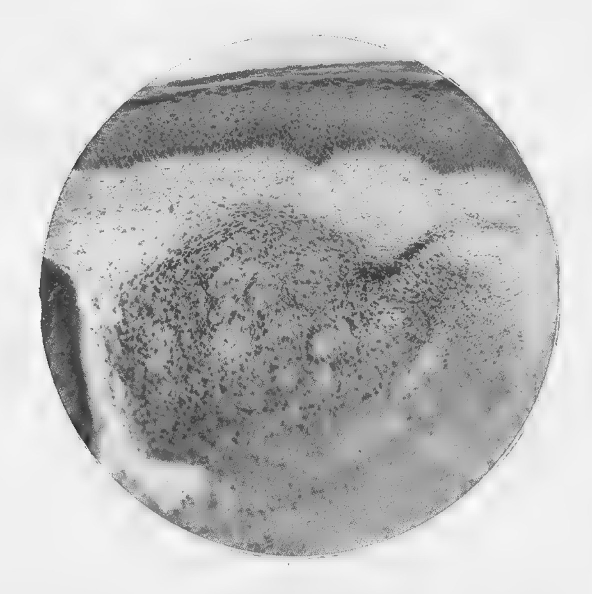


Fig. 7.

La réaction de Pirquet est positive à 1 o/o.

Une biopsie pratiquée au coude gauche fait voir au microscope de l'acanthose et une hyperkératose modérée.

La couche papillaire renferme de nombreux nodules épithéliaux épars ou conglomérés par endroit, avec cellules géantes du type Langhans. L'infiltration lymphatique est importante autour des nodules et diffuse dans la couche papillaire. Le derme contient aussi par-ci par-là des nodules épithélioïdes. On ne parvient à dépister ni bacilles tuberculeux ni leishmania (voir fig. 7).

Septième cas. J. P. — Observation n° 11.374, garçonnet de 14 ans, russe, né au Turkestan.

A l'âge de 7 ans il prend à Mervé une leishmaniose cutanée siégeant au front et à la joue droite. Les lésions disparurent à peu près sans trai-

tement au bout de deux ans. Peu après à l'emplacement des boutons il se produit une éruption qu'on qualifia de lupus, à Achkhabad.

Au front, une petite cicatrice déprimée. A la joue droite, autour de la cicatrice ovale, une bordure de nodules mous et plats d'un demi-centimètre de largeur qui donnent à la diascopie une coloration jaune. La réaction de Pirquet est positive à 5 o/o. On n'a pas fait de biopsie.

Huitième cas. A. G. — Observation n⁰ 8.336, étudiante de 21 ans, arménienne, est atteinte depuis 15 ans. Elle a contracté la maladie à Achkhabad.

A la joue gauche existe une cicatrice arrondie. A la joue droite une cicatrice également qui présente à la périphérie quelques foyers de nodules jaunes-bruns, mous et plats ; la diascopie les montre jaunes. La réaction de Pirquet est positive à 5 o/o. On n'a pas fait de biopsie.

Neuvième cas. M. B. — Observation n⁰ 8.536, enfant de 5 ans, russe. Il contracte une leishmaniose à Achkhabad il y a 3 ans et demi. Un an après la guérison il se fait aux deux joues une véritable éruption autour des cicatrices.

La joue droite porte deux cicatrices de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Au bord de ces cicatrices, des foyers de tubercules mous, plats d'un brun jaunâtre. A la joue gauche, près de la cicatrice également, deux tubercules d'un brun-rougeâtre, s'unissent.

La réaction de Pirquet est positive à 1 o/o.

Dans les cas 3 et 9 nous avons, bientôt après la cicatrisation du Bouton d'Orient, à son emplacement même ou autour de la cicatrice qu'il a laissée, une éruption qui au point de vue clinique simule une tuberculose cutanée comme le lupus *vulgaris planus*.

Guitelson, dans sa monographie tout nouvellement parue donne en détails le tableau clinique de ces lésions. La fréquence de leur développement montre qu'il existe certainement un rapport entre ces lésions et la leishmaniose.

Au cours de deux mois de recherches, à l'Institut des maladies vénériennes et de la peau de Turkménie ainsi qu'au dispensaire vénérologique d'Achkhabad, Guitelson enregistra 179 fois de telles lésions chez des malades atteints de Bouton d'Orient.

Malgré la grande ressemblance du tableau clinique que présente cette éruption avec un lupus typique on peut cependant remarquer quelques caractères clinico-morphologiques différentiels, quoique d'importance secondaire, il est vrai.

Situés principalement au pourtour des cicatrices, les tubercules

ont une certaine tenacité sans tendance à ulcérer. C'est ainsi qu'au cours de nos observations prolongées (plusieurs années parfois) nous n'avons jamais vu d'ulcération des tubercules. Les éruptions se localisent exclusivement aux cicatrices du Bouton d'Orient.

Dans 3 cas la réaction de Pirquet est restée négative même à 12,5 o/o ; ce qui est exceptionnel dans le lupus vulgaire. Deux fois elle fut positive aux taux de 5 o/o et deux fois à 1 o/o.

L'examen des poumons dépista dans un cas seulement (7) des lésions insignifiantes : submatité du sommet droit avec expiration prolongée. La réaction de Pirquet était positive à 5 o/o.

Le cas n° 9 dont la réaction de Pirquet était positive à 1 o/o faisait de l'intoxication tuberculeuse.

Nous pratiquâmes à l'Institut dans 4 cas le traitement à la lampe de Kromayer avec compression. La réaction locale fut intensive et suivie d'un résultat toujours temporaire, la maladie récidivait opiniâtrement. Dans certains cas l'anamnèse mentionne une durée de l'éruption de 6 et 14 ans (cas 3 et 8).

Dans 3 cas nous avons recherché en vain la présence de leishmania et de bacilles tuberculeux dans les tissus. Guitelson examinant des frottis de grattages et des ponctions n'a jamais pu trouver ni leishmania ni bacilles. Les ensemencements sur milieu 3N, de même que les inoculations aux cobayes restèrent négatives.

Notre première malade (photo n° 1) présentait un tableau clinique si typique du *lupus tumor*, que plusieurs spécialistes de l'Institut qui l'examinèrent furent tous d'accord sur le diagnostic. C'est l'examen histologique qui nous fit découvrir une leishmaniose avec tubercules et nombreux parasites.

Le deuxième cas est intéressant non seulement par le fait qu'il simulait le *lupus pernio* Besnier-Tenneson (photo n° 2) ce que personne n'avait encore mentionné jusqu'ici, mais aussi parce que les frottis et coupes prélevés sur l'ulcère même donnaient de nombreux parasites et des cultures de leishmania. La partie infiltrée de la joue présentait au microscope une structure tuberculoïde typique, tandis que les bords de l'ulcère revêtaient le tableau habituel de la leishmaniose cutanée. Ce cas présente encore un grand intérêt par quelques particularités du cours de la maladie. L'anamnèse indique, qu'il y a 30 ans, à l'âge de 23 ans, la malade habitant le Turkestan avait souffert d'un Bouton d'Orient à la pommette droite.

La maladie débuta par un « bouton » au nez qui, apparut à Moscou seulement 2 ans après le départ de Kzil-Ordi. Il est difficile de se prononcer catégoriquement sur la nature de la rougeur qui appasait aux joues exclusivement en hiver depuis 1924. On peut cependant supposer qu'il s'agissait d'engelures. Il se peut que ces enflures périodiques de la peau qui ont précédé les phénomènes d'inflammation chronique de la peau du visage fussent cause de la marche torpide qui prit la leishmaniose lui communiquant ainsi un tableau clinique particulier. Il est intéressant de constater la longueur de l'incubation (plus de deux ans) et de la maladie.

L'ulcère renfermait de nombreux leishmania.

De 1931 à fin 1933 et en partie jusqu'à présent, la maladie reste réfractaire à tout traitement.

La ressemblance qui existe parfois entre la leishmaniose et le lupus vulgaire est un fait connu et mentionné depuis longtemps. Ces derniers temps Higoumenakis, Corolev, Ravaut et Gougerot, Courteaud et Lortat-Jacob, Guitelson, etc... en fait mention. Guitelson considère que l'éruption boutonneuse qui se produit sur les cicatrices est une évolution atypique de la leishmaniose cutanée ; il lui donne le nom de métaleishmaniose.

Les recherches de Reinhardt, Kyrle et Reenstierna ont montré que, lorsque les ulcérations du Bouton d'Orient persistent assez longtemps, la structure habituelle de l'ulcère contenant des leishmanias devient tuberculoïde et ne diffère en rien de la structure des tubercules du lupus sans leishmania. Etant donné que la leishmaniose cutanée est une maladie infectieuse chronique, on peut penser que la cicatrisation des ulcères n'est pourtant pas encore un signe de guérison biologie. C'est pourquoi, tout comme pour les autres maladies infectieuses chroniques telles que la syphilis, la tuberculose, la lèpre, la blastomycose, etc., lorsque la leishmaniose dure longtemps il peut se développer une multiplicité de tableaux histologiques par la formation de tubercules.

Cette diversité doit s'expliquer par la réaction différente des tissus aux diverses étapes de la maladie.

La comparaison des différents tableaux morphologiques des lésions dans les cas que nous avons étudiés nous montre des étapes différentes du cycle de développement des lésions cutanées du Bouton d'Orient et qui ne ressemblent en rien aux habituelles

granulations à parasites de la leishmaniose. Ensuite, la formation de tubercules à cellules géantes contenant des parasites (cas n° 1) de même que les tubercules sans parasites à côté des lésions habituelles de la leishmaniose (cas n° 2) et enfin, étape finale, la formation de tubercules avec un tableau microscopique identique au lupus (cas 3 et 9) prouve que le caractère des lésions à tubercules n'est pas simplement une forme atypique de la leishmaniose cutanée « métaleishmaniose » mais une variation du cours de la leishmaniose cutanée caractérisée par l'absence de parasites dans les foyers de la maladie. Cette dernière éventualité s'explique peut-être par la difficulté que l'on éprouve à découvrir les parasites à cause de leur petit nombre, ce qui nécessite peut-être une méthode spéciale d'investigation. De même, dans les lésions tardives de la tuberculose et de la syphilis il est difficile de dépister les parasites étant donné l'état allergique de la peau (loi de Jadassohn et Lewandovsky). C'est pourquoi, il nous paraît plus exact de considérer ces formes de leishmaniose cutanée comme une leishmaniose tardive à tubercules et non comme une « métaleishmaniose ».

Le cas n° 1, dans ce sens, prend un intérêt particulier malgré la structure à tubercules des tissus, ces derniers contiennent des leishmanias en abondance. Disons ici que Behdjet (Stamboul) dans 3,8 o/o des cas de leishmaniose cutanée a observé la tuberculose surajoutée.

Bien entendu on ne peut pas nier l'éventualité d'un véritable lupus développé sur un ancien ulcère de leishmaniose, ce que nous avons pu voir dans un cas où l'étendue et le cours de la lésion permettaient de la distinguer d'une leishmaniose. Au cours des discussions qui suivirent le rapport de Behdjet à la Société de Dermatologie de Paris, Gougerot fit remarquer que le cas de Behdjet se distinguait des leishmanioses lupoïdes par l'infiltration et par des tubercules semi-transparents, de couleur orangée à la diascopie. La présence de leishmania et la guérison complète par l'antimoine dans les cas de leishmaniose lupoïde les différencient des autres cas (1).

Comme le montrent les cas 2 et 6 une leishmaniose tardive peut non seulement revêtir la forme de tubercules lupoïdes mais encore

(1) L'un de nous a pu observer à l'Institut de Vénéréologie de Moscou un cas de leishmaniose cutanée à tubercules du visage chez une doctoresse. Des injections intraveineuses de stibium amenèrent la guérison.

présenter une forte infiltration rebelle à toute thérapie sans manifester de tendance à ulcérer et dont la structure ne diffère en rien de celle des tubercules.

Conclusions

1° Des cas de leishmaniose cutanée à tubercules (lupoïde) peut simuler d'une façon extraordinaire quelques formes diverses de lupus.

2° Dans le groupe des leishmanioses cutanées il faut distinguer les cas qui prennent, dès le début, la forme de lésions avec de nombreux leishmania et ceux dans lesquels les lésions apparaissent près des cicatrices laissées par la première éruption — leishmaniose tardive à tubercules qui n'est qu'une étape des multiples tableaux cliniques et microscopiques de la maladie.

3° Une leishmaniose cutanée tardive peut se manifester cliniquement non seulement par des éruptions de tubercules mais par des infiltrations durables qui ne s'ulcèrent pas.

4° Dans tous les cas semblables à ce que nous avons rapportés, les données anamnésiques sont de première importance pour établir un diagnostic exact.

Bibliographie

Guitelson (I.). — *La leishmaniose cutanée*, 1933. Editions de Turkménie. Essais.

Behdjet (H.). — *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1934, n° 1.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en novembre 1934.

Annales de l'Institut d'actinologie (Paris).

Les rayons Rœntgen ultra-mous de 1 à 2 amstrongs en dermatologie, par J. Meyer. *Annales de l'Institut d'actinologie*, t. **9**, n° 2, novembre 1934.

Depuis 7 ans, M. utilise à l'Institut d'Actinologie les rayons Rœntgen mous, dits rayons de Bucky. C'est le bilan de cette thérapeutique qu'il présente dans ce mémoire. Il se sert d'un tube de Bucky émettant des rayons limite sous tension de 9 kilovolts. Ce matériel présente une très grande sécurité et le danger d'une radiodermite sévère ou d'une ulcération retardée est évité. Les accidents aigus dus à une dose excessive guérissent en quelques jours sans séquelle. L'atrophie cutanée paraît exceptionnelle, par contre il survient parfois une pigmentation qui dure plusieurs mois.

L'indication principale des rayons-limite est le traitement des prurits localisés (lichénifications, névrodermites). Une seule séance souvent suffit à les calmer. La méthode semble supérieure à toutes les autres et infiniment moins dangereuse que les rayons Rœntgen ou le radium. La guérison est durable si l'on a pu par ailleurs traiter la cause.

Les eczémas subaigus ou chroniques sont d'ordinaire blanchis rapidement ; ils tendent à récidiver d'abord à la limite des champs irradiés, puis *in situ*.

Les autres indications sont les placards rebelles de psoriasis, les sclérodermies, la maladie de Brocq-Duhring, la maladie de Darier, affections dans lesquelles ils sont seuls à pouvoir rendre service. H. Rabeau,

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

Élimination urinaire du bismuth après injection de différents types de préparation bismuthique, par I. Pouzergues. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **103**, n° 5, novembre 1934.

P. a étudié divers composés suivant leur état : 1° soluble dans l'eau ; 2° en suspension dans l'huile ; 3° en solution dans l'huile. Ces produits

étaient injectés à doses égales à divers animaux par voie intramusculaire.

1° Pour le tartrobismuthate en solution à 2 o/o dans l'eau distillée, la dose mortelle pour le cobaye est portée à 100 milligrammes par kilogramme soit 50 milligrammes de Bi-métal. Chez tous les animaux les taux d'élimination sont du même ordre ; l'élimination est très active pendant les 24 premières heures (3,2 o/o). Chez l'homme auquel on a injecté 35 milligr. 5 de Bi sous forme de tartrate double, les analyses montrent une excrétion totale de 6,2 o/o en 6 jours.

2° P. s'est servi d'un Bi élément en suspension dans une solution glucosée isotonique. Rapportées aux quantités de Bi injecteés, les quantités éliminées par l'urine sont extrêmement faibles. Chez un des cobayes au bout de 20 jours seulement 4,32 o/o de Bi injecté était éliminé.

3° Un campho-carbonate de Bi a été pris comme type de produit. Les quantités de bismuth éliminées sont beaucoup plus élevées que dans le cas de suspension de Bi métallique.

Les coefficients d'élimination de tous les produits permettent d'envisager deux groupes, suivant que l'absorption est rapide ou lente. Les solutions huileuses représentent un groupe intermédiaire. Ces faits expliquent les modalités d'absorption et les divers aspects possibles de l'intoxication (4 tableaux d'expériences). H. Rabeau.

Annales des Maladies Vénériennes.

Données statistiques concernant l'isolement du streptobacille de Ducrey du pus des bubons chancrelleux, par S. Nicolau et A. Banciu. *Annales des maladies vénériennes*, année **29**, n° 11, novembre 1934, p. 801.

On sait la difficulté de culture du pus du bubon chancrelleux. Les auteurs utilisent un milieu composé de 5 centimètres cubes de solution de peptone à 1 o/o dans l'eau physiologique à 8,50 o/o à laquelle on ajoute 1 centimètre cube de sang humain défibriné. Ce milieu leur a toujours donné satisfaction. Ils ensemencent 5 gouttes de pus dans un tel milieu. Comme le développement de streptobacille ne modifie pas dans la grande majorité des cas l'aspect du milieu, il faudra toujours pratiquer l'examen microscopique des frottis. De plus on ne devra jamais conclure à la négative d'une culture avant d'avoir fait l'épreuve du repiquage. En procédant de cette façon ils ont obtenu 65 o/o de résultats positifs (104 bubons chancrelleux suppurés non ouverts). H. Rabeau.

La prostitution à La Réunion, par Ozoux. *Annales des maladies vénériennes*, année **29**, n° 11, novembre 1934, p. 808.

Courte revue sur l'état de la prostitution, la fréquence des maladies vénériennes, et les organisations de traitement qui doivent être améliorées. H. Rabeau.

Précocité élective de la réaction Sordelli-Miravent au début de la syphilis, par J. L. Carrera. *Annales des maladies vénériennes*, année **29**, n° 11, novembre 1934, p. 826.

C. a pratiqué sur de nombreux sérums la réaction de Sordelli-Miravent, réaction d'hémolyse qui peut être avantageusement comparée aux réactions les plus sensibles de précipitation. Il l'a toujours pratiquée comparativement à la réaction de Kahn. La réaction de S.-M. s'est toujours montrée plus sensible et plus spécifique que celle de Kahn. Jamais au début de la syphilis il n'a trouvé de réaction de S.-M. négative avec le Kahn positif. Il souhaite que cette méthode soit largement utilisé en France. H. Rabeau.

Etude comparative de la réaction de Wassermann et de la séro-réaction blennorragique, par Franck. *Annales des maladies vénériennes*, année **29**, n° 11, novembre 1934, p. 830.

La gono-réaction a pour F. une valeur sinon supérieure du moins égale à la réaction de Bordet-Wasserman. Depuis la mise au point d'un antigène sensible les résultats sont concordants pour tous les auteurs. Elle a une très grande valeur pour dépister les porteurs de gonocoques saprophytes, pour déceler les gonococcies latentes si fréquentes chez la femme. Sa valeur est « quasi-spécifique » en cas de complications de la gonococcie et dans la gonococcie chronique. Sa valeur prophylactique est donc considérable. H. Rabeau.

Sclérodermie de l'anneau préputial, par H. Gougerot, Degos et S. Boulle. *Annales des maladies vénériennes,* année **29**, n° 11, novembre 1934, p. 839, 2 fig.

Deux observations intéressantes de sclérodermie ; l'une de sclérodermie pure de l'anneau préputial et du fourreau, l'autre de sclérodermie de l'anneau balano-préputial associée à d'autres lésions : plaque leucoplasiforme du gland, infiltrat papuleux rouge près du méat. Le malade ayant de la leucoplasie commissurale a été mis en traitement bismutique et l'état leucoplasiforme ainsi que l'infiltrat ont disparu. H. Rabeau.

Triple chancre syphilitique de la base de la langue, par L. Danel. *Annales des maladies vénériennes*, année **29**, n° 11, novembre 1934, p. 845.

En arrière du V lingual une masse tumorale, infiltrée, plus sensible, mesurant 2 à 3 centimètres dans tous les sens. Cette masse se montre formée de trois saillies du volume d'un gros pois présentant à leur sommet une exulcération plate. Petite adénopathie rétro-angulo-maxillaire ; nombreux spirochètes à l'ultra ; W. R. et Hecht +++. H. Rabeau.

Erythème biotropique puis érythrodermie arsenicale, négativation des Bordet-Wasserman au cours de l'évolution de l'érythrodermie, par H. Gougerot et P. Ham Huu Chi. *Annales des maladies vénériennes*, année **29**, n° 11, novembre 1934, p. 847.

Observation confirmant l'importance du rôle des défenses cutanées chez le syphilitique. Chez cette malade qui avait fait une éruption biotropique du type érythémo-polymorphique, le Bordet-Wasserman est devenu négatif très rapidement au début de l'érythrodermie arsenicale

(début érythodermie 4 juillet 1934, réactions sérologiques négatives le 12 juillet 1934).
H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris.

Le Bismuth passe-t-il dans le liquide céphalo-rachidien ? par A. Sezary, A. Barbe, et Mlle Lackenbacher. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux,* 3e série, année **50,** no 27, 5 novembre 1934, p. 1369.

Se mettant à l'abri des principales causes d'erreur que comporte cette recherche délicate, les auteurs concluent que le bismuth sous aucune forme ne passe dans le liquide céphalo-rachidien. Leurs recherches ont porté sur dix liquides examinés à différentes périodes du traitement et par plusieurs méthodes.
H. Rabeau.

L'action thérapeutique du vaccin antilépreux de Vaudremer, par A. Sezary, G. Levy, M. Bolgut. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux,* 3e série, année **50,** no 27, 5 novembre 1934, t. **1372.**

Trois observations de malades traités par le vaccin antilépreux de Vaudremer (obtenu par culture en « milieu aspergillaire » de fragments de lépromes prélevés aseptiquement). Ce vaccin a agi sur les manifestations de la maladie qui apparaissent rapidement (œdèmes, douleurs névralgiques, iritis). Il a échoué sur celles qui s'installent lentement (tubercules, névrite) parfois cependant après avoir donné une amélioration passagère. Il n'a eu aucune action préventive sur les complications iriennes. Ces résultats ne doivent pas être attribués à une action de choc banal. Les indications de ce vaccin, quoique limitées, restent précieuses.
H. Rabeau.

Traitement de la lèpre par le vaccin de Vaudremer, par W. Spitzer. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris,* 3e série, année **50,** no 28, 12 novembre 1934, p. 1390.

Intéressante observation d'un jeune malade de 12 ans atteint de lèpre depuis un an, mais dont l'état général est bon ; il est traité par 26 injections de vaccin de Vaudremer ; les taches achromiques se pigmentent, les taches pigmentées se confondent avec la peau normale, une plus grande infiltration siégeant au-dessus du tibia droit a complètement disparu.
H. Rabeau.

Les lésions granuliques pulmonaires de la maladie de Besnier-Bœck ; difficulté d'interprétation des images radiologiques micro-nodulaires, par L. M. Pautrier. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux,* série 3, année **50,** no 28, 12 novembre 1934, p. 1409.

A la réunion dermatologique de Strasbourg (13 mai 1934) consacrée aux sarcoïdes, P. a défendu le point de vue, maintenant accepté, à savoir que nous n'avons plus le droit de faire le diagnostic de maladie de Besnier-Bœck sur les seules lésions cutanées, mais que nous devons recher-

cher et retrouver les autres symptômes de l'affection générale au niveau des ganglions, des poumons, des os, etc.

P. insiste dans ce mémoire sur la fréquence et l'importance diagnostique des lésions des ganglions trachéobronchiques et des poumons (Marstenstein 45 fois sur 48 cas, Kissmeyer 19 sur 24 malades, Pautrier 5 fois sur 6). Ces lésions sont torpides et silencieuses, seule la radiographie pratiquée systématiquement permet de les déceler. Tantôt ce sont des infiltrations fibroïdiques péribronchiques, et fréquemment un élargissement des ombres hilaires avec ganglions nettement hypertrophiés, tantôt l'infiltration des ganglions du médiastin évoque une granulomatose maligne de Hodgkin, tantôt enfin, et c'est sur cet aspect que P. attire particulièrement l'attention, petites granulations disséminées symétriquement dans les poumons, se condensant vers les pôles et formant une sorte de tramite. Ces images pulmonaires lorsqu'on en méconnaît l'origine peuvent entraîner à de lourdes erreurs de diagnostic. La maladie de Besnier-Bœck a une allure torpide et chronique, une évolution en général bénigne. L'auteur rappelle les lésions histologiques pulmonaires que S. Schaumann (Stockholm) et Beintema (de Groningen) ont pu étudier dans deux cas. Maladie de système généralisée, réticulo-endothéliose, dont l'étiologie en est encore discutée. H. Rabeau.

Granulie froide chez un indigène syphilitique et paludéen ; traitement antisyphilitique ; méningite tuberculeuse, par Levi-Valensi. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, série 3, année **50**, nº 29, 19 novembre 1934, p. 1466.

Observation montrant la possibilité qu'ont de se réchauffer certaines granulies froides ; et chez le malade doublement infecté (il présentait des cicatrices de syphilis mutilante du pharynx) le rôle d'un paludisme particulièrement tenace, évoluant malgré le traitement en vigueur depuis 4 ans. On notera la généralisation sanguine dont la méningite a été l'aboutissant, suivant de près la mise en œuvre du traitement spécifique, d'application toujours délicate chez les tuberculeux anciens syphilitiques. H. Rabeau.

Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques

Etiologie du lupus érythémateux, par Burnier. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. **105**, cahier 21, 10 novembre 1934, art. 31.041, p. 76.

Cette question a été discutée au Congrès des Dermatologistes de langue française à Lyon (juillet 1934). La thèse française de la nature tuberculeuse admise en France depuis les travaux de Landouzy et Besnier, de Gougerot (1906) gagne chaque jour du terrain. B. expose et discute les diverses théories pour conclure que c'est le virus tuberculeux et très probablement l'ultra-virus, qui est la cause déterminante du lupus érythémateux. Syphilis héréditaire ou acquise, streptococcie, staphylococcie, irritations cutanées agissent comme cause déclanchante ou adjuvante. H Rabeau.

Les rayons Rœntgen de grande longueur d'onde (rayons limite, rayons de Bucky) en dermatologie, par J. Meyer *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. **105**, cahier 21, 10 novembre 1934, art. 31.042, p. 766.

Bucky a utilisé des rayons mous, qui sont presque en totalité arrêtés par les couches superficielles de l'épiderme, de sorte que leur absorption profonde devient minime et le danger de radiodermite presque nul. Depuis 1926, M. utilise ces rayons à l'Institut d'Actinologie. Ils rendent en dermatologie des services remarquables. L'indication principale est la névrodermite; les prurits de la nuque, les prurits anaux et génitaux sont aussi très améliorés par cette méthode. Selon les techniques actuelles, cette thérapeutique d'application facile, si elle échoue, n'a pour le malade aucune conséquence fâcheuse. H. Rabeau.

Le lichen plan (notions étiologiques et thérapeutiques), par P. Blum. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. **105**, cahier 21, 10 novembre 1934, art. 31.043, p. 774.

Courte revue critique des théories étiologiques, et des méthodes thérapeutiques récemment proposées. H. Rabeau.

L'héliothérapie des tuberculoses cutanées, par G. Eliet. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. **105**, cahier 21, 10 novembre 1934, art. 31.044, p. 783.

E. montre les heureux effets de l'héliothérapie et ce que le centre de Finsenthérapie de l'hôpital Saint-Louis a pu réaliser sous la direction de Gougerot grâce à l'Association pour l'aide aux lupiques. Il précise les indications, la technique et la conduite à tirer dans les diverses formes.

H. Rabeau.

La maladie de Besnier-Bœck (lymphogranulomatose bénigne de J. Schaumann, sarcoïdes dermiques de Bœck, lupus pernio de Besnier-Tenneson), par Mlle A. Ullmo. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. **105**, cahier 22, 25 novembre 1934, art. 31.034, p. 818.

Courte revue sur la maladie de Besnier-Bœck étudiée surtout par les dermatologistes et qui devrait être connue de tous les médecins de médecine générale. Les travaux de Schaumann, de Kissmeyer et L.-M. Pautrier (Réunion dermatologique de Strasbourg, 13 mai 1934) ont démontré qu'il s'agit d'une maladie générale, d'une réticulo-endothéliose, frappant à la fois les téguments cutanés, les muqueuses nasale et oculaire, le système ganglionnaire dans sa totalité, les poumons, les os et la moelle osseuse, la rate, le foie, tous les viscères.

H. Rabeau.

Journal de Médecine de Paris.

Les érythrodermies, par J. Terrasse. *Journal de Médecine de Paris*, année **54**, n° 45, 8 novembre 1934, p. 957.

Courte revue générale, avec indications diagnostiques et thérapeutiques. H. Rabeau.

A propos du cancer de la langue, par Fovau de Courmelles. *Journal de Médecine de Paris*, année **54**, n° 47, 22 novembre 1934, p. 1001.

L'A. insiste sur l'importance capitale du diagnostic précoce, qui permet des résultats heureux, grâce à la liaison de la radiologie et de la chirurgie. Il cite quelques observations de succès. H. Rabeau.

Lyon Médical.

Syphilis secondaire fébrile à symptomatologie discrète, par Gaté, Paliard et Cuilleret. *Lyon Médical*, année 66, t. **159**, 18 novembre 1934, p. 538

Les auteurs rapportent l'observation d'un homme qui, pendant plusieurs semaines, présenta une température vespérale évoluant autour de 39°, ce qui n'empêchait pas ce malade, pendant la journée, de vaquer à ses occupations.

L'examen du malade est à peu près négatif, à part quelques petits ganglions cervicaux et inguinaux et quelques rares éléments papuleux en voie d'effacement, sans caractères précis.

Réactions sérologiques très positives. Disparition très rapide de la fièvre par traitement mixte (novar et Bi).

L'interrogatoire révèle que six mois auparavant le malade avait présenté une lésion érosive du sillon. Jean Lacassagne.

La Presse Médicale (Paris).

La substance d'Oriel dans le traitement des états allergiques, par P. Savy et H. Thiers. *La Presse Médicale*, année **42**, n° 9, 10 novembre 1934, p. 1761.

Les auteurs par une méthode spéciale obtiennent des urines un produit plus dégradé que la substance d'Oriel, et qui n'est pas une protéose. Ce corps est de nature complexe, certainement hétérogène. Ce n'est peut être qu'un support auquel est accolée la substance active ; il n'est pas chimiquement défini et ne peut être actuellement caractérisé que par ses propriétés biologiques.

Cette substance ou antigène est extraite des urines stériles émises au cours du paroxysme ou dans les 24 heures qui suivent la crise aiguë. Elle est utilisée en dilution variant de 1/100e à 1/1.000.000e, suivant la sensibilité du sujet. Les premières injections seront intradermiques à très faible dose, plus tard sous-cutanées. Chaque nouvelle injection ne sera faite que lorsque toute réaction consécutive à la précédente injection

aura disparu. Les résultats : 42,5 o/o de guérisons, 36,1 o/o d'améliorations importantes, 21,2 o/o d'échecs. La méthode semble agir comme méthode de désensibilisation spécifique, le malade fournissant lui-même son antigène. Elle n'influence pas le terrain, l'aptitude à sa sensibilité.

H. Rabeau.

Syphilides escharrotiques et syphilides gangréneuses, par G. Milian. *La Presse Médicale*, année **42**, n° 92, 17 novembre 1934, p. 1816, 4 fig.

Elles correspondent aux deux types de gangrène : gangrène sèche par oblitération artérielle (syphilides escharrotiques) gangrène humide, gangrène infectieuse par lyse microbienne des tissus (syphilides gangréneuses). De ces formes M. donne une étude complète ; les premières sont l'apanage à peu près exclusif de la syphilis tertiaire, les secondes, comme l'a montré Rabut, peuvent survenir à toutes les périodes de la syphilis. Le diagnostic de gangrène microbienne se fait facilement, mais il faut savoir reconnaître la syphilis sous-jacente. H. Rabeau.

La maladie de Paget du mamelon, par A. Louste et Caillau. *La Presse Médicale*, année **42**, n° 90, 17 novembre 1934, p. 1838, 9 fig.

Étude de 4 cas où l'exérèse totale de la glande mammaire a permis des recherches complètes et systématiques. La dyskératose discrète ou absente dans les observations ne semble pas constituer un état précancéreux précédant le cancer de Paget qui répondrait à un cancer d'emblée. Le point de départ du néoplasme est variable ; c'est surtout l'épithélium cylindrique des collecteurs galactophores, pourvus des cellules les plus fertiles de la glande. Tantôt c'est à la limite de l'épithélium épidermisé et du revêtement cylindrique du galactophore qu'apparaissent les premières cellules malignes. Dans d'autres cas la lésion initiale débute sur la glande sébacée, sur une glande eccrine séreuse ou sur un glomérule sudoripare. L'évolution de la lésion dans le temps et l'espace varie suivant la localisation initiale du processus. Les caractères monstrueux du noyau et l'asymétrie des mitoses sont de règle. Les cellules claires turgescentes tendent à la vacuolisation et les confluences pluri-cellulaires paraissent réaliser les thèques particulières des cellules vacuolisées du Paget. La cellule maligne semble gagner l'épiderme par sa mobilité particulière dans les espaces interstitiels.

La dyskératose n'a pas la signification d'un état précancéreux précédant le cancer de Paget. Cancer d'emblée comme la maladie de Bowen, la maladie de Paget, qui ne semble pas apparentée aux nævocarcinomes répond à un épithéliome sécrétant d'origine avant tout galatocphorienne, parfois sébacée ou sudoripare. H. Rabeau.

Syphilis pulmonaire congénitale précoce (pneumonie blanche à foyers disséminés), par E. Lesné, A. Heraux, R. Waitz et Mlle Houzeau. *La Presse Médicale*, année **42**, n° 90, 17 novembre 1934, p. 1858, 5 fig.

La pneumonie blanche comme localisation précoce de la syphilis pulmonaire est assez rare. Les auteurs publient l'intéressante observation

d'un enfant âgé d'un mois atteint de pneumonie blanche de Wirchow à laquelle il succombe en quelques jours. Ils donnent l'étude anatomo-pathologique de ce cas identifié par les lésions histologiques et par la présence de tréponèmes dans les parois bronchiques et les plages de sclérose pulmonaire. H. RABEAU.

Les ostéo-arthropathies vertébrales tabétiques (étude radiologique), par Th. ALAJOUANINE et R. THUREL. *La Presse Médicale,* année **42**, n° 92, 17 novembre 1934, p. 1862.

Leur fréquence ne le cède en rien à celle des ostéo-arthropathies des membres inférieurs. La localisation lombaire des ostéo-arthropathies vertébrales tabétiques est fréquente la cyphoscoliose dorsale associée est d'ordre mécanique. Ces ostéo-arthropathies sont souvent les seules jusqu'à l'apparition plus ou moins tardives des déformations généralement plus importantes. Il sera nécessaire de faire un examen radiographique de la colonne vertébrale chez les tabétiques, poly-arthropatiques ou non, la localisation lombaire de processus étant souvent isolée. Ces lésions ostéo-articulaires sont complexes. Elles résultent d'un double processus : ostéoporose et prolifération ostéophytique ; les processus peuvent être momentanément isolés, mais rapidement ils vont de pair et mélangent leurs effets. H. RABEAU.

La réaction de Meinicke (M. K. R. II) résultat de 600 observations, par A. JAME et A. JUDE. *La Presse Médicale,* année **42**, n° 94, 24 novembre 1934, p. 1895.

Ce sont les résultats de plus de 1.000 examens sérologiques, pour 600 les observations ont été obtenues. Cette méthode par clarification est une excellente méthode de floculation d'apparition plus précoce que les autres méthodes, elle est aussi la dernière à devenir négative. Son pourcentage dans les cas de syphilis vraie leur a paru plus important que ceux donnés par le Kahn ou le Vernes. Mais cette grande sensibilité s'accompagne d'un manque relatif de spécificité. Une M. K. R. II positive en l'absence de tout signe clinique ne permet pas d'affirmer la syphilis. Cette réaction fine doit être utilisée conjointement à d'autres réactions dans certains cas. Cependant sa technique est plus longue et plus minutieuse que celle du Kahn. H, RABEAU.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie.

« El páaj », une nouvelle dermite vénéneuse, par ORESTES DI SULLO. *Revue Sud-Américaine de médecine et de chirurgie,* t. **5**, n° 9, septembre 1934, p. 513.

Le « Páaj », ou mal de Quebraco, est une affection cutanée caractérisée par une éruption maculo-papuleuse, parfois vésiculeuse ou phlycténulaire accompagnée d'un prurit généralisé très intense. Elle évolue avec un cortège de phénomènes généraux assez pénibles (élévation thermique, malaise, lassitude, céphalalgie, inappétence, insomnie).

Elle est causée par un arbre de la famille des Anacardiacées, le Québraco coloré, dont les feuilles, les fleurs, les fruits et probablement aussi le bois contiennent un principe irritant et caustique.

La maladie débute après une incubation de 24 à 48 heures. La durée est variable. La guérison est précédée d'une phase de desquamation.

Tous les sujets ne sont pas sensibles à l'action du Québraco. On peut faire la preuve expérimentale de la sensibilité des malades en utilisant des préparations telles que la teinture de Québraco. On peut également reproduire les lésions du « páaj » par des applications locales de ces produits. J. Margarot.

Purpura hémorragique au cours de la chrysothérapie par préparation huileuse, par José Silveira. *Revue Sud-Américaine de médecine et de chirurgie*, t. **5**, n° 9, septembre 1934, p. 539.

Le purpura hémorragique est un accident rare au cours des traitements par les sels d'or. Son apparition n'est pas en rapport avec la quantité de métal injecté et paraît constituer le plus souvent un phénomène d'intolérance d'ordre anaphylactoïde. L'observation de l'auteur démontre que les suspensions huileuses de sels d'or — le solganal B, en l'espèce — ne sont pas moins nocives que les solutions aqueuses. J. Margarot.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Principe directeur de la réaction de Wassermann spécifiquement sensibilisée (Prinzip und Leistung der spezifisch sensibilisierten Wassermannreaktion (W. S. R)), par Th. Scrheus. *Dermatologische Zeitschft*, t. **70**, f. 3, novembre 1934, p. 121.

La sensibilité d'une réaction sérologique est donnée par la valeur de son seuil d'excitation. Mais il est dangereux et difficile de l'abaisser artificiellement, car l'on risque alors de provoquer des réactions non spécifiques. Si l'on a obtenu des résultats remarquables dans ce sens avec les réactions de floculation, l'on n'a guère progressé en ce qui concerne la réaction de Wassermann. Le principe directeur de S. consiste non pas à abaisser le seuil de sensibilité, mais à augmenter la richesse des facteurs spécifiques par l'addition de réagine spécifique, en quantité insuffisante toutefois à modifier une réaction négative. Avec Foerser d'abord, puis avec Krumeich, S. a examiné 2.000 sérums. Il conclut que la réaction sensibilisée ne permet pas seulement des conclusions diagnostiques, mais encore pronostiques et thérapeutiques. Elle apporte donc, associée aux autres procédés, un complément à notre connaissance de la maladie. L. Chatellier.

Sur les constatations histologiques dans l'argyrie cutanée (Ueber histologische Befunde bei argyria cutis), par J. Zoon. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **70**, f. 3, novembre 1934, p. 125, 2 fig.

L'argyrie cutanée est tantôt diffuse, d'origine endogène, tantôt locale.

L'argyrie diffuse se voit après traitement des lésions de la bouche ou du pharynx ou dans certaines professions ; depuis quelques années, elle survient après injection de solutions argentiques (collargol, salvarsan à l'argent, etc.). L'étude histologique de la peau à la lumière directe montre que les granules argentiques respectent l'épiderme et ses annexes se déposent dans le derme au niveau des fibres élastiques et collagènes, dans les parois vasculaires, mais non dans le corps cellulaire des fibrocytes. L'examen sur fond noir préconisé par E. Hoffmann, a permis de compléter ces notions en faisant voir des granules d'argent dans le protoplasme des fibrocytes, dans les cellules endothéliales et les mastzellen. Z. apporte une observation personnelle qui confirme ces constatations.

Dans l'argyrie localisée, thérapeutique et professionnelle, les dépôts argentiques sont identiques et se forment aussi bien dans les fibres collagènes et élastiques que dans le corps cellulaire des fibrocytes, des cellules endothéliales et des mastzellen. Observation personnelle de Z.

L. Chatellier.

Sur les rapports entre les variations vitales des cations et l'irritabilité de la peau (Ueber die Beziehung zwischen vitalen Kationenverschiebungen und Erregbarkeiklage des Hautorganes), par E. Piemeyer. *Dermatologische Zeitschrift*, t. 70, f. 3, novembre 1934, p. 133.

On sait que, chez les animaux inférieurs, les variations des sels minéraux provoquent des modifications fonctionnelles. Les constatations cliniques ou expérimentales faites antérieurement sur l'homme ont montré que les sels minéraux exercent aussi une influence sur les échanges cellulaires, et en particulier sur les réactions de la peau. P. a voulu étudier différentes substances minérales en applications cutanées directes. Il emploie des solutions, en générale décinormales, qui sont appliquées sur un territoire cutané par brossage doux ; ce territoire, après disparition de l'érythème mécanique, est soumis à une irradiation par U. V. ; des territoires normaux voisins sont soumis à la même irration. 24 heures après, on recherche l'érythème des territoires irradiés. Les solutions employées furent : l'acide oxalique, l'acide citrique, les sels de sodium (oxalate, phosphate, chlorure, sulfate, borate, citrate), de potassium, de calcium, de magnésium ; des solutions de soude, de potasse, d'hydroxyde de calcium, d'acétate d'aluminium. L'érythème apparaît principalement par augmentation du cation Na, soit par addition directe d'un sel de Na (quel que soit l'anion), soit par action de substances précipitant Mg, Ca (d'où accroissement relatif de Na). Les cations K, Ca, Mg ne provoquent aucune modification de l'irritabilité cutanée. La soude, la potasse et, à un certain point, l'hydroxyde de Ca sont actifs, car ils modifient le p_H et sont de faibles agents de précipitation du Ca.

L. Chatellier.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Un cas de psoriasis arthropathique (?) [Ein Fall von Psoriasis arthropatica (?)], par E. Rohner. *Dermatologische Wochenschrift,* t. **99,** n° 44, 3 novembre 1934, p. 1438, 3 f.

Chez un homme de 32 ans, sans antécédent, un psoriasis vulgaire s'accompagne, au bout de 6 ans, de lésions articulaires multiples (genou, cou-de-pied, doigts), douloureuses, avec gonflement et ankylose. L'examen radiographique montre l'atténuation des espaces articulaires, de la destruction osseuse, des encoches et de la décalcification, avec raccourcissement de certaines phalanges. R. range son cas dans le psoriasis arthropathique. L. Chatellier.

Sur la question de la pseudo-syphilis papuleuse (Zur Frage der Pseudolues papulosa), par H. Höcker. *Dermatologische Wochenschrift,* t. **99,** n° 45, 10 novembre 1934, p. 1469, 3 f.

Lipschütz, en 1921, donna la description clinique et histologique de cette lésion, dont il a paru depuis 12 observations seulement. Edm. Hoffmann a rattaché l'affection à une pyodermite. La lésion élémentaire est le plus souvent constituée par une papule ovale ou ronde, de consistance modérée; plus rarement, l'on rencontre pustules, érosions ou ulcérations concomitantes. Le siège ordinaire est la zone génitale et anale. Toutes les observations concernent des femmes ou des fillettes. H. y ajoute deux observations personnelles, dont une chez un homme de 65 ans (atteinte anale). L'évolution est en général bénigne. Au microscope, on trouve une acanthose marquée et un infiltrat dermique parfois considérable, constitué par des lymphocytes surtout. L'augmentation des sécrétions vaginales ou uréthrales favorise le développement des lésions, dont la cause vraie échappe encore. L. Chatellier.

Epreuve de la cholestérine dans les dermatoses (Cholesterinbelastung bei Hautkrankheiten), par F. Marquardt. *Dermatologische Wochenschrift,* t. **99,** n° 45, 10 novembre 1934, p. 1475.

Le procédé consiste à étudier les variations de la cholestérine sérique, chez les malades qui, à jeun, absorbent 2-2 gr. 5 de cholestérine dans 50 grammes d'huile d'olive. Normalement, la cholestérine part de 137 à 197 milligrammes (taux initial), monte de 20-60 milligrammes 4 à 8 heures après et revient au chiffre initial en 24 heures. Un deuxième type est offert par un taux initial de 200 milligrammes et un maximum à la 8e heure, avec retour au taux initial ou à un taux moindre en 24 heures. Enfin un 3e type est caractérisé par un taux initial élevé, une élévation faible ou nulle, et un taux final inférieur au taux initial. Les eczémas appartiennent surtout aux types II et III; les psoriasiques au type III. La cholestérine sérique n'est pas modifiée par les extraits hépatiques ou la vitamine A. L. Chatellier.

Sensibilisation à la vanille (Ueberempfindlichkeit gegen Vanille), par E Sincke. *Dermatologische Wochenschrift*,, t. **99**, n° 45, 10 novembre 1934, p. 1480.

Une jeune fille de 14 ans voit apparaître, avec nausées et céphalée, un érythème de la face, suivi d'un gonflement diffus considérable, qui s'étend avec moins d'intensité sur le tronc et les bras. On trouve une éosinophilie de 20 o/o. Un oncle de la malade, employé à l'empaquetage de la vanille, a présenté les mêmes symptômes. 5 jours avant l'éruption, la malade avait fait le même travail. La sensibilisation est due non à la vanilline pure, mais aux substances totales de la gousse.

L. Chatellier.

Lésions cutanées déterminées par la larve de Chrysopa (Uber eine durch Goldaugenlarven verursachte Hautveränderung), par S. V. Szentkiralyi. *Dermatologische Wochenschrift.*, t. **99**, n° 46, 17 novembre 1934, p. 1502, 2 fig.

L'auteur après un repos dans son jardin, en juillet, constate une éruption papuleuse, prurigineuse où il découvre une larve, qu'il identifie larve d'un insecte, *Chrysopa*, de la famille des chrysopidées et de l'ordre des planipenniæ, très répandu en Europe. Cette larve se nourrit de petits insectes qu'elle engourdit par la piqûre et dont elle aspire le suc. Sa piqûre pour l'homme est inoffensive et ne détermine qu'une lésion papuleuse qui guérit rapidement. L. Chatellier.

Un cas d'angiomyoneurome artériel de Masson (Ein Fall von arteriellem Angiomyoneurom (Masson)), par Toshio Aisu. *Dermatologische Wochenschrift.*, t. **99**, n° 47, 24 novembre 1934, p. 1532, 4 fig.

Observation d'un glomus neuro-myoartériel du pouce, conforme dans l'ensemble à la description de Masson. L'auteur rappelle les 21 observations déjà rassemblées par Stratmann (*Derm. Zeit.*, 1933, p. 129).

L. Chatellier.

Wiener klinische Wochenschrift.

Sur la radiumthérapie de l'induration plastique du pénis (Zur Radium behandlung der Induratio penis plastica), par A. Musger. *Wiener Klinische Wochenschrift*, année 47, n° 45, 9 novembre 1934, p. 1352.

A la clinique dermatologique de Vienne, Kumer, Riehlsen, Fuhs avaient constaté et publié les bons résultats de la radiumthérapie de l'induration du pénis. M. complète leur statistique en rassemblant les 120 observations de malades traités.

Le traitement comporte une dose initiale de 40 à 30 milligrammes élément-heure, réduite à 20-15 pour les séances ultérieures (12 au moins) séparées par un intervalle de 2 à 4 semaines. Il y eut 27 guérisons, 30 améliorations, 24 échecs et 39 malades perdus de vue après quelques séances. Une exploration radiologique préliminaire au traitement ren-

seigne sur l'existence de dépôts calcaires ou même osseux, qui ne sont pas naturellement influencés par le radium. L. CHATELLIER.

Pour la connaissance des nodules juxta-articulaires (Zur Kenntnis der juxta-artikulären), par M. WOLF. *Wiener Klinische Wochenschrift.*, année 47, n° 47, 23 novembre 1934, p. 1420, 2 fig.

Observations de nodules juxta-articulaires localisés surtout aux mains, et à la main droite en particulier à la face de flexion des doigts, puis secondairement aux coudes. Dans les antécédents du malade, on trouve des angines à répétition, un séjour d'un an en Amérique du Sud, un chancre syphilitique un an avant l'apparition des nodules.

Cette localisation digitale est peu fréquente et s'explique par la profession du malade qui est chauffeur d'automobile. Le traitement spécifique guérit quelques éléments, mais améliore seulement les nodules les plus anciens. A l'examen histologique, on trouve les lésions habituelles (tissu conjonctif central pauvre en cellules, à la périphérie du nodule et autour des vaisseaux infiltrat lympho-plasmocytaire, disparition totale des fibres élastiques) ; les fibres grillagées sont abondantes. La syphilis joue, comme le traumatisme, un rôle provocateur, mais il existe des facteurs déterminants encore inconnus. L. CHATELLIER.

Bruxelles Médical.

Dermatoses et traumatismes, par R. BERNARD. *Bruxelles Médical*, année **15**, n° 3, 18 novembre 1934.

Observations curieuses d'un homme et de son fils. Le père dix jours après un traumatisme présente, sur les quatre membres, des plaques de psoriasis, qui durent 3 mois. Le fils âgé de 10 ans, a la main écrasée par la portière d'un train ; quelques jours après, apparition de taches de psoriasis. B. discute du mécanisme encore très obscur entre le traumatisme et certaines dermatoses. H. RABEAU.

Actas Dermo-sifiliograficas (Madrid).

Résultats de la rœntgenthérapie dans les dermatoses (Resultados de la rœntgenterapia en las dermatosis), par PIGA. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **26**, n° 9, juin 1934, p. 764.

P. rappelle les fondements scientifiques de la rœntgenthérapie dans les dermatoses. Il donne les critères techniques, fixe les doses, précise les indications et les inconvénients.

80 affections cutanées sont justiciables de la radiothérapie directe ou indirecte (irradiation de la rate, du corps thyroïde, de la moelle épinière, des ganglions sympathiques). L'auteur estime que dans la majorité des cas elle constitue la méthode de choix pour obtenir une guérison définitive.

Toutefois l'immense travail accompli jusqu'à ce jour doit être révisé

par des équipes de dermatologistes et de radiographies spécialisés. C'est le seul moyen d'obtenir de la rœntgenthérapie tout le bénéfice que l'on peut en tirer. J. Margarot.

La rœntgenthérapie en dermatologie (La rœntgenterapia en dermatologia), par J. Bejarano y J. Soto. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **26**, n° 9, juin 1934, p. 785.

Les auteurs exposent uniquement les résultats personnels qu'ils ont obtenus dans le traitement des diverses affections cutanées par la rœntgenthérapie.

La rœntgenthérapie directe donne de meilleurs résultats dans le prurit localisé que la radiothérapie indirecte (sur la rate ou sur le sympathique) dans le prurit généralisé et diffus.

Dans le prurigo l'irradiation de la rate donne des résultats variables. Dans les eczémas chroniques et dans les névro-dermites des améliorations ont été obtenues par l'irradiation directe ou indirecte.

D'une façon générale la méthode directe est nettement supérieure dans les eczémas chroniques et dans les névro-dermites ; elle est inutile et même dangereuse dans les eczémas aigüs.

Dans le *lichen ruber plan*, la rœntgenthérapie vertébrale ou para-vertébrale constitue la méthode de choix.

Aucun traitement n'est comparable aux rayons X dans la maladie de Dürhing-Brocq.

D'heureux résultats consistant en des améliorations, en des guérisons définitives ou des guérisons temporaires ont été obtenus dans les kératodermies palmo-plantaires.

Les épithéliomas cutanés ont donné leur proportion habituelle de guérisons.

L'amélioration est incontestable dans le mycosis fongoïde. Dans les trichophyties la guérison n'a exigé qu'une épilation limitée.

Le psoriasis a été médiocrement influencé.

Des résultats variables ont été obtenus dans la folliculite pyococcique, l'urticaire, les hydrosadénites, le granulome annulaire, la maladie de Darier.

Bien que la diversité des cas ne permette guère de conclusions d'ensemble, les auteurs concluent à la valeur thérapeutique incontestable de la rœntgenthérapie dans les maladies cutanées et estiment qu'une installation de radiothérapie superficielle devrait exister dans toute clinique dermatologique. J. Margarot.

Note préliminaire sur la rœntgenthérapie dermatologique avec l'installation radiologique à basse tension constante (Nota previa sobre la rœntgentherapia dermatologica con la installacion radiologica a baja tension, constante), par Cuesta Almonacid y Tena. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **26**, n° 9, juin 1934, p. 797.

Les premiers résultats obtenus par l'auteur sont encourageants, mais

les essais sont encore en nombre trop faible pour que l'on puisse porter un jugement définitif.

La méthode, très séduisante, permettrait de mettre la radiothérapie élémentaire des dermatoses à la portée de tous les praticiens.

J. Margarot.

Rœntgenthérapie des eczématides chroniques et infiltrées de la face (Rœntgenterapia en las eczematides cronicas e infiltradas de la cara), par S. Noguer-More et J. Sarro. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **26**, n° 9, juin 1934, p. 804, 7 fig.

Les auteurs posent en principe qu'on ne saurait parler de Rœntgenthérapie des processus cutanés sans connaître d'une manière parfaite les variantes anatomo-cliniques et topographiques des différentes entités nosologiques et le coefficient de capacité réactionnelle des malades.

Le traitement radiothérapique des eczématides, ou mieux des streptococcies chroniques eczématisées ou lichénifiées de l'extrémité céphalique, doit être réservé aux cas qui sont rebelles aux agents pharmacologiques usuels. Il modère ou régularise l'hyperactivité fonctionnelle fréquente des glandes sébacées de la face, ce qui ne peut manquer d'avoir une action favorable sur de nombreuses eczématides, développées sur cette région.

Après avoir précisé leurs techniques d'application, les auteurs indiquent les résultats obtenus dans le traitement des eczématides pityriasiformes ou psoriasiformes avec lichénification (névro-dermites). Ces résultats ne sauraient être plus démonstratifs de la valeur de la méthode.

Toutefois la rœntgenthérapie isolée est insuffisante dans la majorité des cas : elle doit être combinée avec les méthodes locales et générales habituelles.

J. Margarot.

Résultat de la rœntgenthérapie dans le traitement de quelques dermatoses (Resultados de la rœntgenterapia en el tratamiento de algunas dermatosis), par Barrio de Medina. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **26**, n° 9, juin 1934, p. 816.

La rœntgenthérapie donne à l'auteur d'excellents résultats dans la dermatose de Dürhing et dans les épithéliomas cutanés. Elle doit céder la place au radium dans les névro-dermites et les plaques de lichen chronique de Vidal.

Elle est parfaite lorsqu'il s'agit d'une épilation temporaire pour les folliculites de la barbe. B. de M. préfère l'acétate de thallium dans le traitement des teignes. Elle peut être funeste dans les hypertrichoses.

Les effets sont variables et en général peu brillants dans les eczémas, le psoriasis, la pelade, le lichen, l'hyperhidrose. On peut l'utiliser et avoir de bons résultats dans les scrofulodermes, les adénites tuberculeuses et dans le lupus érythémateux, lorsque les autres méhodes thérapeutiques ont échoué.

J. Margarot.

Résultats de l'impaludation dans le traitement de la neuro-syphilis (Resultados de la paludizacion en el tratamiento de las neurosifilis), par Rodriguez Arias. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **26**, n° 9, juin 1934, p. 827.

Les perfectionnements des techniques actuelles ont considérablement restreint les dangers des cures malariques. La mortalité globale du paludisme d'inoculation est descendue à 2,5 o/o.

Les contre-indications absolues de l'impaludation se trouvent actuellement réduites aux lésions graves hépatiques, rénales et cardiaques et aux états terminaux de la paralysie générale.

Il est préférable de la pratiquer en milieu hospitalier de manière à avoir le maximum de sécurité.

Dans la *paralysie générale* l'indication de la malariathérapie est indiscutable. La cure biologique complétée par un traitement spécifique mixte et prolongé donne des résultats d'autant meilleurs que la méthode est appliquée plus précocement.

Les guérisons complètes s'observent dans 32 o/o des cas. Les rémissions incomplètes se voient dans 20 o/o des cas. La longétivité des malades a nettement augmenté ; le nombre des paralytiques généraux internés diminue.

La malariathérapie permet d'obtenir des rémissions dans les 2/3 ou les 3/4 des cas de *tabès*, mais elle n'est indiquée que lorsque cette affection est rebelle aux agents spécifiques usuels ou s'accompagne de manifestations graves, telles qu'une atrophie optique ou un syndrome douloureux persistant.

La *syphilis cérébro-spinale diffuse*, *l'hérédo-syphilis nerveuse*, les *syphilis latentes* avec positivité des réactions dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien peuvent, le cas échéant, constituer des indications d'une cure malarique.

J. MARGAROT.

Influence de l'impaludation sur le traitement de la syphilis (Influencia de la paludizacion en el tratamiento de la sifilis), par Fernandez DE LA PORTILLA. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **26**, n° 9, juin 1934, p. 852.

L'analyse des faits cliniques relatifs à des malades atteints de syphilis et de paludisme, inoculé ou contracté spontanément, démontre que le paludisme ne permet pas d'éviter l'évolution ultérieure de la syphilis mais qu'il la retarde et probablement l'atténue et la rend plus bénigne.

J. MARGAROT.

Résultats de l'impaludation de la neuro-syphilis en dehors des centres hospitaliers (Resultados de la paludizacion en neuro-sifilis fuera de los centros hospitalarios), par J. ANERONDO BERMEJO. *Actas dermatosifiliograficas*, année **26**, n° 9, juin 1934, p. 862.

La malariathérapie faite au domicile du malade présente des inconvénients et même des dangers. Elle a cependant donné à l'auteur des résultats comparables à ceux qui sont obtenus dans les centres hospitaliers.

J. MARGAROT.

Nouvelle contribution à l'étude des hémo-réactions spécifiques avec l'antigène de Frei : sa valeur thérapeutique (Nueva contribucion al estudio de los hemorreacciones especificas con antigeno de Frei : Su valor terapeutico), par J. Gay Prieto et L. Egea Bueno. *Actas dermosifiliograficas*, année 27, n° 1, octobre 1934, p. 3.

La généralisation de la pratique de la réaction de Frei a conduit divers auteurs à essayer comme moyen thérapeutique la répétition des intradermo-réactions. Elles ne provoquent que d'une manière exceptionnelle des réactions focales ou générales. L'amélioration notée est en général médiocre.

L'utilisation de la voie endo-veineuse donne lieu à une élévation thermique importante chez les sujets atteints de maladie de Nicolas-Favre. La fièvre est de moins en moins élevée au fur et à mesure que les injections se succèdent. Les résultats thérapeutiques sont excellents.

Les auteurs ont utilisé des antigènes préparés avec du pus lymphogranulomateux additionné d'eau physiologique, tyndallisé (filtré ou non) ou avec la masse ganglionnaire extirpée et broyée.

Il existe une grande différence d'activité entre les différents antigènes.

La première injection d'un antigène spécifique peut donner lieu à quatre types fondamentaux de réactions. Le premier type se caractérise par une fièvre tardive, se produisant 18 heures après l'injection et de disparition assez rapide (quelques heures à plus de vingt-quatre heures).

Dans le second type la réaction fébrile est immédiate, prolongée avec un crochet au début du fléchissement de la courbe. Une fièvre immédiate et continue s'observe dans le troisième type. Exceptionnellement — et c'est le quatrième type — aucune réaction fébrile ne se produit.

Ces injections successives d'antigène sont suivies d'une amélioration clinique habituellement parallèle à la désensibilisation du malade (malgré l'augmentation des doses les phénomènes généraux sont de moins en moins intenses). Sous leur influence les intradermo réactions donnent des résultats plus faibles ou temporairement négatifs.

Aucun accident n'a été noté. Les sujets accusent parfois de violentes douleurs dans l'aine siège de l'adénopathie. Elles disparaissent en même temps que l'élévation thermique.

D'après G. P. et E. B. cette méthode constitue le traitement de choix de la lympho-granulomotose inguinale subaiguë. J. Margarot.

Adénomes sébacés symétriques du type Pringle (Adenomas sebaceos simetricos typo Pringle), par L. Egea et M. Gallego. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 1, octobre 1934, p. 16, 2 fig.

Une jeune femme présente sur les joues, le menton et les lèvres des papules hémisphériques de 3 à 4 millimètres de diamètre, de coloration rosée, de consistance plutôt molle. Les sillons naso-géniens sont remplis de petites tumeurs dont le volume varie de celui d'un grain de mil à celui d'une petite cerise. Elles sont de couleur sombre et de consistance ferme. Des lésions analogues, plus discrètes occupent diverses régions de la face.

L'examen histologique d'un élément montre un épiderme normal avec une couche basale très pigmentée et un derme renfermant des formations épithéliales qui présentent en leur centre une masse cornée amorphe, vestige probable d'un poil caduc. On note une réaction fibreuse et une infiltration cellulaire particulièrement marquées autour de ces formations épithéliales. Malgré le nom donné à l'affection on ne trouve aucun vestige de glandes sébacées. J. MARGAROT.

Poïkilodermie réticulaire pigmentaire (mélanose de Riehl) (Poiquilodermia reticular pigmentaria — melanosis de Riehl —), par Sandalio G. CALVO et J. MUNUZURI GALINDEZ. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 1, octobre 1934, p. 18.

Atrophie cutanée avec bigarrures télangiectasiques et pigmentaires répondant très exactement à l'affection décrite par Civatte sous le nom de poïkilodermie réticulaire pigmentaire, J. MARGAROT.

Un cas d'Histiocytome (Un caso de Histiocitoma), par Emilio MARTIN GALLEGO. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 1, octobre 1934, p. 26, 3 fig.

Une petite tumeur de l'épaule gauche, d'un centimètre de diamètre, recouverte d'une peau fine, rosée et dépourvue de poils est extirpée. A l'examen microscopique on trouve un épiderme réduit à une mince couche de cellules malpighiennes et dont la limite du côté du derme a perdu son aspect festonné. La tumeur sous-jacente est constituée de cellules qui, colorées au carbonate d'argent, paraissent avoir toutes le même aspect. Ce sont des cellules fusiformes, orientées de multiples façons, de protoplasme peu abondant, avec un gros noyau où l'on voit de fins granules de chromatine et un nucléole.

Colorées par la méthode d'Achúcarro, les cellules revêtent deux types principaux : les unes, fortement teintées et fusiformes, ont l'aspect de fibroblastes, les autres plus grandes, plus pâles, ont une forme plus étoilée. Le tissu collagène est très abondant. Les fibres élastiques manquent. Les capillaires sont dilatés. J. MARGAROT.

Glutathion et psoriasis (second mémoire). La médication soufrée dans le psoriasis avec hypothiémie (La medicacion con azufre en psoriasis con hipothiemia), par M. M. GALLEGO BURIN. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 1, octobre 1934, p. 29.

Chez les psoriasiques présentant de l'hypothiémie un traitement exclusif par des composés soufrés administrés en injections intramusculaires augmente le taux du glutathion sanguin, en même temps que s'améliore le psoriasis.

Il existe une relation évidente entre le résultat thérapeutique obtenu et les modalités réactionnelles des malades étudiés.

Les uns présentent une réaction fébrile élevée et persistante pendant toute la durée du traitement. Les autres n'ont de fièvre qu'à l'occasion des premières doses de soufre.

Les premiers ne sont en général pas améliorés par un traitement

soufré exclusif. Les seconds présentent une élévation de la quantité de glutathion sanguin et une amélioration clinique manifeste. Leur blanchiment est rapide. J. MARGAROT.

La médication ammoniacale dans le traitement de la sclérodermie (La medicacion amoniacal en el tratamiento de la esclerodermie), par Alfonso MONTILLA PERALES. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 1, octobre 1934, p. 33.

Leriche et Jung ont essayé d'abaisser le taux du calcium sanguin, anormalement élevé dans la sclérodermie, par l'administration de chlorure d'ammonium.

Ce traitement, institué chez un malade de 42 ans, atteint de sclérodermie en plaques et présentant une calcémie de 15 milligrammes o/o, a amélioré les lésions épidermiques et les phénomènes douloureux et fait tomber le taux de la calcémie à 13 milligrammes en quelques jours.

J. MARGAROT.

Etude comparative entre la réaction de Wassermann faite avec le sérum actif, et la réaction d'éclaircissement de Meinicke (M. K. R. II) et celle de Sachs-Witebsky (seconde modification) (Estudio comparativo entre la reaccion de Wassermann a suero activo, la deaclaramiento de Meinicke (M. K. R. II) y la Sachs-Witebsky (segunda modificacion), par Eduardo SUAREZ PEREGRIN. *Actas dermosifilioyraficas*, année 27, n° 1, octobre 1934, p. 37.

Une étude systématique, faite sur 500 sérums, permet de conclure que la réaction d'éclaircissement de Meinicke (M. K. R. II) est celle qui présente le plus de valeur. Les réactions de Sachs-Witebsky et de Wassermann sont inférieures à la précédente et donnent des résultats très comparables. La première est cependant plus sensible et un peu plus spécifique. J. MARGAROT.

Formes atypiques du lichen plan (Formas atipicas del liquen plano), par R. G. MEDINA. *Actas dermato-sifiliograficas*, année 27, n° 1, octobre 1934, p. 47, 6 fig.

Suivant la remarque de Brocq le lichen plan revêt des formes cliniques rappelant, d'une part, les dermatoses squameuses et, d'autre part, les atrophies cutanées.

Il est des cas dans lesquels cette affection se présente au début avec les caractères objectifs d'un psoriasis ou d'une parakératose psoriasiforme, mais ce n'est qu'une apparence. La ressemblance avec le parapsoriasis lichénoïde crée des difficultés plus grandes pour l'établissement du diagnostic. Parfois, l'importance des manifestations inflammatoires donne lieu à une forme aiguë revêtant parfois le type d'une dermite exfoliatrice secondaire (lichen plan de Buchanan Bater).

Deux observations complétées par un examen histologique illustrent ces notions cliniques. J. MARGAROT.

Réserve alcaline dans la lèpre (Reserva alcalina en lepra), par M. Herrera. *Actas dermato-sifiliograficas*, année 27, n° 1, octobre 1934, p. 55.

Le chiffre moyen de CO^2 traduisant « la réaction actuelle acido-basique » est diminué dans la lèpre. Cette acidose s'accentue dans les formes ultimes de la maladie. On la trouve plus nette dans les formes nerveuses ou au cours des léproréactions. J. Margarot.

Deux cas de pityriasis versicolor achromique chez deux sœurs jumelles (Dos casos de pityriasis versicolor acromica en dos hermanas gemelles), par Carlos Faura. *Actas dermatosifiliograficas*, année 27, n° 1, octobre 1934, p. 59, 4 fig.

Des taches de *pityriasis versicolor* achromique se détachent sur la peau fortement pigmentée par les rayons solaires de deux sœurs jumelles.

C. F. admet la double hypothèse de l'écran mycéliem empêchant la pigmentation et de l'action biologique achromiante du parasite.

J. Margarot.

Premier symptôme objectif chez les lépreux espagnols (Primer sintoma objectivo en los leprosos españoles), par E. Negro. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 1, octobre 1934, p. 67.

L'étude de 417 cas de lèpre permet de conclure que le début le plus fréquent de la maladie se fait par des taches (30,21 o/o des cas) et en second lieu par des tubercules (16,06 o/o). Viennent ensuite par ordre de fréquence les névrites (12 o/o), le pemphigus (9,50 o/o), la rhinite (8,50), les phénomènes aigus (5,30 o/o), la déglabration des sourcils (4,07 o/o). L'auteur n'a noté que de très rares cas de manifestations initiales consistant en anesthésies, œdème des jambes, ulcères ou mal perforant. J. Margarot.

Interréactions allergiques. Désensibilisation de l'albumine d'œuf desséchée dans le traitement de l'eczéma infantile (Interreacciones alergicas. Desensibilizacion por la albúmina de huevo desecada en el tratamiento del eczema infantil), par S. Noguer More. *Actas dermo sifiliograficas*, année 27, n° 1, octobre 1934, p. 73.

Les cuti et les intradermo-réactions pratiquées avec du blanc d'œuf frais chez 32 enfants atteints d'eczéma véritable ont donné 72 o/o de positivités. Les mêmes réactions pratiquées avec de l'albumine d'œuf desséchée chez 42 enfants eczémateux ont donné 90 o/o de résultats positifs.

Dans la sensibisation qui caractérise l'eczéma infantile interviennent probablement des antigènes multiples (allergie polyvalente) sans relation avec l'antigène qui l'a déclenché. Il est logique d'utiliser une substance polyvalente dans un but de démonstration et de désensibilisation. En fait la majorité des eczémas véritables des enfants ont été guéris par des injections d'albumine d'œuf desséchée.

Chez les jeunes malades vaccinés avec le B. C. G. l'allergie ovo-albuminique traduite par l'intensité des dermo et des épidermo-réactions est

notablement diminuée et l'eczéma guérit plus rapidement que chez les sujets non vaccinés. J. Margarot.

Casuistique commentée de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë et note préalable sur son traitement par les sels d'or (Casuistica comentada de lymphogranulomatosis inguinal subaguda y nota previa sobre su tratamiento por las sales de oro), par R. G. Medina et J. Bigne. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **27**, n° 1, octobre 1934, p. 89.

23 cas de lymphogranulomatose inguinale subaiguë permettent aux auteurs de préciser diverses particularités relatives à l'épidémiologie, à la réaction de Frei, au chancre poradénique, aux ganglions, aux formes anormales et aux associations pathologiques.

L'essai d'un traitement par les sels d'or administrés sous forme d'injections intramusculaires chez quatre malades n'autorise pas des conclusions définitives, mais il s'en dégage une impression si favorable que les auteurs le considérent comme la médication de choix. J. Margarot.

Un traitement efficace des ulcères lépreux (Un tratamiento eficaz de las úlceras leprosas), par Silverio Gallego Catalayud. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **27**, n° 1, octobre 1934, p. 101.

S. G. C. fait autour des ulcères lépreux des injections intradermiques en couronne d'un dérivé éthylique d'huile de Chaulmoogra (antiléprol). L'infiltration périfocale ainsi réalisée donne lieu à une réaction inflammatoire intense autour de l'ulcère traité. Le fond de la lésion se déterge, la cicatrisation se fait. La réparation est complète une semaine après.

Le seul inconvénient de la méthode consiste dans la très vive cuisson que cause l'injection intradermique de la préparation.

J. Margarot.

Traitement de la syphilis par un nouveau composé : l'arsénobenzol iodique (Tratamiento de la sífilis por un nuevo compuesto arsenobenzol yodico), par S. Noguer-More. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **27**, n° 1, octobre 1934, p. 107.

L'arsénobenzol iodique est présenté sous la forme d'une poudre de coloration jaune citron, répartie dans des tubes à des doses progressivement croissantes de 0 gr. 25 à 1 gramme. Il donnerait des négativations sérologiques plus rapides que le néosalvarsan. Son influence favorable sur les réactions irréductibles serait particulièrement intéressante.

J. Margarot.

Lichen annulaire, atrophie unguéale, varices (Liquen anularis, onicatrophia, varices), par Jaime Peyri. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **27**, n° 1, octobre 1934, p. 121.

Un malade présente sur la partie distale des membres de grosses varices et des lésions de lichen plan annulaire. Les ongles sont atrophiés par une onychorrhexis lente et progressive.

Des injections sclérosantes font disparaître les varices et, par contrecoup, sont suivies d'une guérison du lichen annulaire et d'une améliora-

tion des lésions unguéales. Ces résultats démontrent que les troubles trophiques ayant sous leur dépendance l'éruption lichénienne et l'onychorrhexis sont eux-mêmes conditionnés par le trouble circulatoire veineux. J. Margarot.

Les formes mixtes de syphilis et de lymphogranulomatose inguinale subaiguë (à propos de l'observation de quelques cas) (Las formas mixtas de sifilis y linfogranulomatosis inguinal subaguda (con motivo de unos casos observados)), par Eduardo de Gregorio. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 1, octobre 1934, p. 124.

Etude critique de plusieurs cas dans lesquels se trouvent associées la syphilis et la lymphogranulomatose inguinale subaiguë. L'évolution des deux affections peut être simultanée. Elles peuvent également se trouver l'une en activité, l'autre à l'état de latence.

Contrairement à ce qu'ont avancé certains auteurs, E. de G. n'a pas vérifié la négativation de la réaction de Frei par la syphilis. Le traitement antisyphilitique s'est montré inefficace vis-à-vis des lésions ganglionnaires. J. Margarot.

Syphilis et glandes à sécrétion interne (Sífilis y glándulas de secrecion interna), par Gonzales Medina et Ritea Sister. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 1, octobre 1934, p. 136.

Observation d'acromégalie syphilitique concomitante d'une méningite basale avec lymphocytose, hyperalbuminose et réactions sérologiques positives dans le liquide céphalo-rachidien.

Un traitement par le cyanure de mercure, le néosalvarsan et le bismuth a fait disparaître les phénomènes méningés et régresser les signes de l'acromégalie. Le malade a pu remettre des gants qui, devenus trop étroits, étaient inutilisables quelques semaines auparavant.

J. Margarot.

Contribution à l'étude de l'Hydroa vacciniforme de Bazin (Contribucion al estudio del Hidroa vacciniforme de Bazin), par G. Medina. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 1, oetobre 1934, p. 143, 3 fig.

Trois frères présentent sur les régions découvertes une éruption bulleuse répondant à l'Hydroa vacciniforme de Bazin. Ils ont tous les trois de l'hématoporphyrinurie. Diverses analyses mettent en évidence une légère insuffisance hépatique et surrénale. J. Margarot.

The American Journal of Syphilis and Neurology.

Réinfection syphilitique et chancre redux (Réinfection in syphilis and chancre redux), par Klauder et Butterworth. *American Journal of Syphilis and Neurology*, vol. 18, n° 4, octobre 1934, p. 433, 4 fig.

Les auteurs rappellent et précisent les distinctions qu'il y a lieu de faire entre les lésions indurées de la verge dites monorécidive *in situ*, chancre *redux* et réinfection.

La monorécidive du chancre se produit au cours des deux ans qui suivent la cessation du traitement, exceptionnellement plus tard encore. C'est une lésion indurée, siégeant exactement au même point que le chancre primitif ; elle s'accompagne d'une adénopathie satellite, contient des tréponèmes, ainsi que les ganglions ; le Bordet-Wassermann est positif dès l'apparition de cette lésion. Les cas de monorécidive chancriforme sont souvent confondus avec des chancres de réinfection.

Pour admettre qu'il y a réinfection, il faut un ensemble de conditions qui ont déjà été maintes fois précisées : certitude d'une syphilis antérieure traitée et guérie cliniquement et sérologiquement, notion d'un contact infectant récent, présence de tréponèmes dans la lésion, apparition d'une adénopathie satellite, d'un Bordet-Wassermann et d'accidents secondaires dans les délais normaux. Afin d'éviter toute confusion avec la monorécidive, on admet que le chancre de réinfection doit avoir apparu au moins un an et mieux deux ans après la première infection et qu'il ne doit siéger ni au même endroit ni sur le même territoire lymphatique que le chancre primitif.

Le chancre *redux* est un nodule d'aspect papuleux, érodé ou non, apparaissant exactement au siège du chancre primitif. Il diffère de la monorécidive et du chancre de réinfection par l'absence de tréponèmes et d'adénopathie. Le Bordet-Wassermann est habituellement positif. Sa structure histologique est celle d'un nodule gommeux.

Deux cas sont ainsi analysés par K. et B. ; l'un d'eux concerne un chancre *redux* qui fut inoculé au lapin ; cette inoculation fut négative.

S. Fernet.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Syndrome de Danlos associé à une lipomatose congénitale (Danlos syndrome associated with congenital lipomatosis), par Norman Tobias. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **30**, octobre 1934, p. 540, 5 fig.

Observation d'une enfant de 9 ans présentant de l'hyperélasticité et de la fragilité de la peau, une hyperlaxité articulaire, des pseudotumeurs consécutives aux traumatismes et, de plus, une lipomatose généralisée. Par leur distribution linéaire le long des membres ces lipomes évoquaient l'existence de rapports possibles entre le syndrome de Danlos et la maladie de Recklinghausen. S. Fernet.

Dermatofibrosis lenticularis disseminata and ostéopoïkilosis, par Ollendorf Curth. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **30**, n° 4, octobre 1934, p. 552, 4 fig.

Des condensations lenticulaires ont été décrites dans les épiphyses sous les noms de « ostéopoïkilie » ou d'*osteopathia condensans disseminata*.

Comme le montre l'observation de O., ces lésions osseuses peuvent coexister avec des fibromes cutanés lenticulaires, disséminés symétri-

quement sur le dos, les épaules, les bras, les lombes et les cuisses. A peine saillantes, ces lésions, rondes ou ovales, de la grosseur d'un pois, sont fermes et plus appréciables au toucher qu'à la vue. Il s'agit de petits foyers de condensation fibreuse sans destruction des fibres élastiques. Souvent associées à des vergetures et à des nævi chez des individus débiles, ces lésions ne doivent pas être confondues avec des cicatrices, des chéloïdes ou des morphées en gouttes.

S. Fernet.

La roséole tertiaire dans la syphilis héréditaire (Neurosyphilid of Unna as a manifestation of congenital syphilis), par Hell et Schaerrer. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **30**, nº 4, octobre 1934, p. 561.

L'érythème circiné tertiaire de Fournier n'avait jamais été signalé au cours de la syphilis héréditaire.

H. et S. en rapportent un cas observé chez une jeune femme de 20 ans dont la mère était tabétique lors de sa grossesse et dont le père est mort de paralysie générale. Il n'existait aucun stigmate d'hérédo-syphilis sauf une voûte ogivale. Les réactions de Bordet-Wassermann et de Kahn étaient négatives, mais elles devinrent positives à la suite du traitement.

Cette roséole circinée héréditaire tardive fut aussi résistante au traitement que l'est habituellement l'érythème tertiaire de la syphilis acquise ; elle ne s'effaça qu'après six semaines de traitement bismuthique. Le liquide céphalo-rachidien était normal, rendant le terme de « neuro-syphilides », employé par Unna, impropre dans ce cas comme d'ailleurs dans la majorité des autres où la neurosyphilis manque totalement.

S. Fernet.

Mucha-Habermann syndrome (Parapsoriasis varioliformis), par Scholtz. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **30**, nº 5, novembre 1934, p. 631, 3 fig.

S. décrit un nouveau cas de parapsoriasis varioliforme aigu et discute les rapports de cette affection avec les parapsoriasis chroniques.

Chez un homme de 34 ans, était apparue une éruption polymorphe de la face, du tronc et des membres. Il existait une centaine de lésions discrètes : macules, papules sèches, rondes ou ovales, jaune-rougeâtre, recouvertes ou non de squames très adhérentes. Un certain nombre de lésions étaient hémorragiques ou nécrotiques, surmontées d'une croûte noirâtre, ou érosives, après la chute de la croûte. Ces lésions évoluaient par poussées successives laissant des cicatrices varioliformes. A la suite d'applications de rayons ultra-violets et d'une pommade mercurielle, le malade guérit progressivement.

Il existe entre cette affection et les parapsoriasis connus jusqu'ici plus de différences que d'analogies. En dehors des macules et des papules finement squameuses, qui existent dans les deux affections, toute la morphologie et l'évolution sont différentes. Les partisans de l'identité des deux affections se basent sur l'aspect histologique qui, aussi sugges-

tif qu'il puisse l'être, n'est cependant nullement pathognomonique et de nombreux histologistes se refusent à porter un diagnostic de parapsoriasis sur les coupes seules. Habermann lui-même n'a pas toujours retrouvé l'infiltrat dense, soi-disant caractéristique, dans le derme. Les seuls cas qui plaident en faveur de l'identité des deux affections sont ceux où un parapsoriasis aigu a évolué en un parapsoriasis chronique du type connu ou inversement ; mais ces cas ont été infiniment rares relativement aux cas purs, d'un seul type.

Le problème reste donc ouvert et momentanément il serait préférable de conserver le nom de « syndrome de Mucha-Habermann ».

Mucor paronychia, par SUTHERLAND-CAMPBELL et PLUNKETT. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **30**, n° 5, novembre 1934, p. 651, 3 fig.

Longue étude mycologique concernant un champignon décélé dans les ongles des ouvriers de l'industrie des oranges et dans certaines oranges conservées, altérées et desséchées. L'introduction de ce champignon dans des oranges saines est suivie d'une diminution du volume et du poids et d'un asséchement progressif. Une véritable épidémie de périonyxis, due à ce champignon, avait été signalée parmi les ouvriers manipulant des oranges.

Il s'agit du *Mucor paronychius* appartenant au genre *Muchor Micheli* voisin du *M. racemosus de Fresenius.* S. FERNET.

L'érythrodermie arsénobenzolique (Arsphenamine dermatitis), par SCHOCH. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **30**, n° 5, novembre 1934, p. 672.

Les intradermo-réactions aux arsénobenzènes ainsi que le passage accidentel de la solution arsenicale sous la peau au cours des injections intraveineuses ont été accusés de créer l'hypersensibilité qui, ultérieurement, détermine les accidents cutanés de l'arsénothérapie.

Afin d'élucider cette question, S. a injecté dans le derme d'un certain nombre de syphilitiques, avant tout traitement, 0 cm^3 2 d'une solution d'arsénobenzène à 1 o/o. Aucun de ces malades traités ultérieurement par l'arsphénamine, n'a présenté d'accidents cutanés. S. FERNET.

The Urologic and Cutaneous Reviews (Saint-Louis).

Recherche du bacille de Hansen chez les lépreux (Excretion of lepra bacilli by lepers), par STEIN et SSEPERIN. *The Urologic and Cutaneous Reviews*, t. **38**, n° 11, novembre 1934, p. 776.

Les auteurs qui sont médecins de la léproserie de « Krutje Rutschji » en U. R. S. S. ont effectué des recherches du bacille de Hansen dans la peau saine et n'ayant jamais été le siège de lésions lépreuses.

Ils ont examiné la lymphe obtenue par des scarifications très superficielles et la sérosité des bulles produites par la neige carbonique. Parallèlement ils examinaient les sécrétions nasales après avoir fait absorber de l'iodure de potassium.

La présence du bacille de Hansen a pu ainsi être constatée très fréquemment dans la peau saine. Dans la lèpre tuberculeuse, alors que les sécrétions nasales contenaient des bacilles dans 60 o/o des cas, la lymphe et la sérosité des bulles en contenaient dans 35 o/o. Dans la lèpre maculo-anesthésique, 11,2 o/o des cas présentaient des bacilles dans la lymphe et la sérosité des bulles. Au cours des lèpres nerveuses, l'examen du mucus nasal décelait des bacilles dans 33,6 o/o des cas, celui de la lymphe dans 18,6 o/o, celui de la sérosité dons 25 o/o des cas. Dans les périodes latentes, 37 o/o des recherches étaient positives aussi bien dans les sécrétions nasales, que dans la lymphe et la sérosité.

Dans trois cas suspects dans lesquels les recherches des bacilles dans les sécrétions nasales étaient restées négatives, on trouvait des bacilles dans les humeurs cutanées.

Les auteurs rappellent que Gougerot et Carteaud ont déjà signalé la présence de bacilles dans les muqueuses apparemment saines. Ils pensent que la plus grande prudence est nécessaire lorsqu'il s'agit de libérer un malade d'une léproserie. S. Fernet.

Le traitement sclérosant des veines dilatées (The injection treatment of dilated veins), par Henninger. *The Urologic and Cutaneous Reviews*, t. **38**, n° 11, novembre 1934, p. 806.

Après une longue expérimentation, H. a adopté la solution sclérosante suivante : Dextrose (Merck) — 1, glycérine bidistillée additionnée de 10 o/o d'eau distillée — 4. Exceptionnellement, il ajoute à cette solution o gr. 20 de lactate de quinine.

Les meilleurs résultats peuvent être obtenus ainsi dans le traitement des varices, des hémorroïdes et du varicocèle ; il ne se produit jamais de nécrose. S. Fernet.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Dysidrose (Cheiropompholyx), par Mc Lachlan et Brown. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, novembre 1934, p. 457, 11 fig.

Dans une mise au point générale sur l'étiologie de la dysidrose L. et B. exposent leurs opinions basées sur une observation de douze ans.

Dans les cas étudiés par eux l'infection mycosique a été relativement rare. La dysidrose leur apparaît donc, non pas comme une entité, mais comme un syndrome réactionnel à des causes diverses, intervenant isolément ou conjointement.

Il existe un facteur constitutionnel et héréditaire indéniable qui est relevé dans 15 o/o des cas environ. Il s'agit de malades qui présentent simultanément de l'eczéma, du coryza spasmodique, de l'asthme et chez lesquels la dysidrose est une réaction d'ordre allergique

Dans d'autres cas, on relève des causes toxiques ou autotoxiques : résorption toxinique se faisant dans un foyer d'infection microbienne

(amygdales infectées ou dents cariées dont la suppression est suivie de guérison) ou encore auto-intoxication gastro-intestinale et autre.

15 o/o des cas environ sont représentés par des intolérances professionnelles ou accidentelles aiguës comme c'est le cas par exemple pour des ouvriers d'industries diverses ou pour les enfants marchant pieds nus.

Il faut aussi attribuer un rôle à l'hyperidrose, très fréquemment associée à la dysidrose et qui constitue un facteur prédisposant mais non déterminant. L'influence des saisons paraît devoir s'expliquer par l'intervention de ce facteur.

Il y a lieu enfin de tenir compte de certains facteurs neurogènes ou endocrino-sympathiques, en particulier dans les cas qui sont nettement en rapport avec la grossesse, les règles, la ménopause, l'hyperthyroïdie.

S. Fernet.

Il Dermosifilografo (Turin).

Cas singulier de syphilis héréditaire tardive avec graves lésions osseuses, par Francesco Pollano et Giacomo Serra. *Il Dermosifilografo*, année 9, n° 11, novembre 1934, p. 585, 6 fig. Bibliographie.

Les auteurs décrivent un cas très rare et très complexe de syphilis héréditaire tardive, dont le tableau clinique était dominé par le polymorphisme extrême de ses manifestations. *Oculaires* : malade presque aveugle, par suite d'un double leucome central de la cornée, à surface scléreuse, accompagné d'altérations de la conjonctive et des paupières. *Labiales* : déformations des lèvres par des cicatrices d'ulcérations anciennes. *Buccales* : absence d'un grand nombre de dents, leucoplasies cicatricielles, ulcération cratériforme au niveau de la branche montante droite du maxillaire inférieur. *Osseuses* : les principales portant sur les dernières phalanges des doigts, avec disparition totale de la phalangette du deuxième et du cinquième doigt de la main droite, et presque totale du troisième doigt de la main gauche ; les autres extrémités des autres doigts présentent des lésions moins accentuées, mais néanmoins du gonflement et du raccourcissement. D'autres lésions importantes siégeaient au niveau de la mandibule : atrophie et amincissement de la branche horizontale droite ; destruction d'un segment étendu de la branche horizontale gauche.

Cet ensemble complexe d'altérations pouvait faire hésiter le diagnostic entre trois directions : tuberculose (lupus) syphilis, lèpre.

Mais la tuberculose fut facilement exclue, surtout du fait de l'absence de nodules lupiques.

La lèpre fut également éliminée sans difficulté : examens bactériologiques négatifs ; absence de lépromes et de troubles de la sensibilité.

Restait donc la syphilis, en faveur de laquelle parlaient d'ailleurs des réactions sérologiques positives, chez la malade et chez la mère de la malade.

Mais l'interprétation de ces lésions était difficile.

Les auteurs considèrent les lésions oculaires comme des séquelles de kératite parenchymateuse. Les lésions labiales comme des reliquats cicatriciels de processus ulcéreux spécifiques ; l'ulcération buccale est une lésion gommeuse ulcérée.

Quant aux lésions osseuses, elles n'avaient pas de caractères nettement typiques, ce qui ne doit pas surprendre, étant donné l'extrême polymorphisme des altérations spécifiques du squelette. Les auteurs font une revue rapide des travaux qni ont été publiés sur cette question, discutent les différentes interprétations pathogéniques possibles et concluent que dans le cas étudié, le processus des altérations constatées devait être plutôt celui d'ostéite raréfiante, hérédo-syphilitique. BELGODERE.

Granulomes cutanés nodulo-ulcératifs, par (?) Bacillus megatherium De Bery (id est Schizosaccharomyces hominis Benedek), par TOMMASI. *Il Dermosifilografo,* année 9, n° 11, novembre 1934, p. 601, 3 fig.

Observation d'un maréchal-ferrant de 39 ans, qui présentait, au tiers moyen de l'avant-bras droit, une ulcération ovalaire, réniforme, à fond granuleux, à allure torpide, à surface légèrement sanieuse, ni nécrotique, ni franchement purulente : à bords peu accentués, reposant sur un infiltrat qui siégeait surtout dans le derme, mais un peu aussi dans le tissu sous-cutané; lymphangite correspondante de l'avant-bras, aboutissant à un ganglion sus-épitrochléen, qui s'était ouvert précédemment, avait donné issue à un peu de pus, puis s'était refermé. Au bras du côté opposé était apparu un nodule sous-cutané, dans lequel on pouvait suspecter une localisation métastatique de la lésion initiale.

Ce dernier nodule, qui ne pouvait être le siège d'aucune infection secondaire, fut enlevé aux fins de recherches histologiques et bactériologiques.

On obtint par les cultures, des colonies, formées de cellules végétatives de grandes dimensions, parfois longues et presque mycéliales, les plus vieilles contenant en outre un ou deux corpuscules plus clairs (ascospores ?).

Au point de vue histologiques, les caractères étaient ceux d'un granulome infiltrant le derme superficiel et profond et le tissu sous-cutané, formé surtout de petites cellules rondes entremêlées cependant de nombreux éosinophiles et de plasmocytes, au point de donner sur certains points l'aspect d'un plasmome.

Le Prof. Pollacci identifia le germe isolé dans les cultures : *Schizosaccharomyces hominis* Benedek, germe qui a été depuis reconnu par Dorrebaal comme identique au *Bacillus megatherium* De Bery.

Le malade avait été précédemment soumis à diverses cures locales, sans résultat. T. fit à son tour des tentatives thérapeutiques de même ordre qui se montrèrent également inefficaces. Suspectant alors une mycose, et avant même de connaître les résultats du laboratoire, il soumit le sujet à une cure générale iodurée (6 à 8 gr. par jour) qui

amena une guérison rapide en six semaines de cette lésion, qui durait depuis des mois.

Ce cas est intéressant par plus d'un point :

1° Le germe découvert par Benedek a été rencontré jusqu'ici surtout dans des lésions superficielles, érythémato-squameuses ; dans le cas présent, il aurait donc provoqué des lésions profondes inhabituelles ;

2° Certains ont soutenu que le germe découvert par Benedek était en réalité un germe banal, un saprophyte qui pouvait être rencontré dans les lésions de nature la plus diverse ; mais dans le cas étudié, il s'agissait d'une lésion fermée, métastatique, ce qui autorise difficilement une pareille interprétation ;

3° Si le germe n'est pas un mycète, mais un bacille, l'action favorable de KI est plus difficilement explicable. Mais, en réalité, il s'agit d'un bacille à caractères un peu spéciaux, que l'on peut considérer comme une espèce intermédiaire.

Sans compter que la lésion pourrait bien avoir été occasionnée par un germe inconnu, auquel le *Bacillus megatherium* se serait associé. En tout cas T. fait remarquer que la lésion dont son malade était atteint, lésion lymphatico-cutanée offrait de grandes analogies avec la *lymphangite épizootique* ou *pseudo-farcin* qui est due à un cryptocoque, et qui par suite est voisine des blastomycoses. La profession du malade, qui le mettait en contact avec les animaux malades autorise tout particulièrement un pareil rapprochement. BELGODERE.

Trois cas d'épithéliomas multiples de divers types histologiques, par Gian Battista COTTINI. *Il Dermosifilografo,* année 9, n° 11, novembre 1934, p. 608, 4 fig. Bibliographie.

Tandis qu'il est assez fréquent d'observer chez un même sujet plusieurs tumeurs cutanées de même aspect histologique, il arrive par contre très rarement de voir des malades présenter des épithéliomas multiples de type histologique tout à fait différents l'un de l'autre.

Après avoir passé rapidement en revue les cas de cette sorte relevés dans la littérature dont il a pu découvrir huit observations, C. rapporte trois cas personnels :

1° Femme de 70 ans, qui présentait deux lésions, l'une sur le dos de la main droite, l'autre dans le sillon naso-génien. La première était un épithélioma spino-cellulaire, la deuxième un épithélioma baso-cellulaire.

2° Femme de 52 ans, qui présentait au visage cinq lésions cutanées : deux dans la région zygomatique gauche, qui étaient des épithéliomas baso-cellulaires ; deux dans la région zygomatique droite, dont l'une était une simple verrue sénile, sans néoformation épithéliale, l'autre un épithélioma baso-cellulaire, comme les deux précédentes ; une tumeur de la région frontale, qui était un épithélioma spino-cellulaire.

3° Femme de 68 ans, qui présentait à la joue un épithélioma baso-cellulaire, et à la lèvre un épithélioma spino-cellulaire.

En présence d'un sujet atteint de néoplasies multiples, la question se pose tout d'abord de savoir s'il s'agit de tumeurs primitives ou secondaires, problème difficile à résoudre dans le cas des tumeurs viscérales. mais moins difficile quand il s'agit de tumeurs cutanées, qui, quand elles sont dues à des métastases (infarctus lymphatique de Unna), revêtent habituellement des caractères spéciaux (apparition dans la profondeur, formation de nodules, etc.).

Pour les tumeurs primitives multiples, l'explication pathogénique est difficile et tout spécialement quand elles sont de type histologique différent. Les uns attribuent ce fait à de simples coïncidences accidentelles, les autres font intervenir une prédisposition particulière de certains sujets aux blastomes.

Chatellier et Gadrat, étudiant récemment cette question, ont distingué, parmi les tumeurs multiples, celles qui se développent sur des altérations cutanées préexistantes, qu'ils appellent *épithéliomas primaires préparés*, et celles qui se développent sur une peau apparemment saine : *épithéliomas primaires d'emblée.*

Dans les cas rapportés par C. il faut tenir compte du rôle joué par les irritations extérieures, notamment actiniques, et par les altérations préexistantes : verrues séniles, nævi. BELGODERE.

Sur le mécanisme étiopathogénique de l'urticaire factice et par le froid, Par Alberta MIDANA et Filippo FRANCHI. *Il Dermosifilografo*, année 9, nº 11, novembre 1934, p. 614.

On tend de plus en plus à l'heure actuelle à expliquer par une étiopathologie unique les diverses formes d'urticaire, qu'elles soient de cause physique ou chimique, exogène ou endogène, et à les interpréter comme des dermatoses allergiques. C'est-à-dire, que l'apparition de lésions d'urticaire factice ou par le froid serait liée à une capacité de réaction particulière de la peau hypersensible à l'excitant thermique ou mécanique, en d'autres termes serait liée à une réaction cellulaire entre allergène et réagine. L'agent physique — aggression mécanique ou thermique — ne peut être considéré, par sa nature propre, comme un allergène, mais il agirait comme composante d'un processus physique qui provoquerait la formation de substances intermédiaires de l'inflammation. Selon certains auteurs, l'urticaire factice serait ainsi provoquée par des substances qui se forment, à la suite du trauma, dans les cellules des tissus, et qui peuvent être considérées comme semblables à celles qui, chez les sujets normaux, provoquent le dermographisme, mais qui, par elles-mêmes, ne peuvent suffire à provoquer l'urticaire factice. L'apparition, au sein des tissus siège du traumatisme, de cette substance intermédiaire inflammatoire — substance H, histamino-simili — a été prouvée par les expériences de Torök, Lehner et Urban, qui auraient démontré, après aggression mécanique, le passage, des tissus au sang, d'une substance capable d'irriter la paroi vasculaire et de provoquer des phénomènes inflammatoires.

Partant de ces assertions, Lehner et Rajka, ont entrepris des expériences qu'ils ont relatées récemment (*Arch. f. Dermat. und Syph.*, Bd. **159**, p. 172) dans le but de confirmer la formation et le passage dans le torrent circulatoire de cette substance dans l'urticaire factice : ils ont injecté dans la peau, chez des sujets normaux, le sérum d'un patient atteint d'urticaire factice, prélevé avant et après l'apparition de l'éruption. Ils auraient ainsi constaté que le pomphus provoqué par le sérum prélevé durant l'éruption était plus large que celui qui est provoqué par le sérum prélevé avant l'éruption. De telles différences pourraient être rapportées à la présence, dans le sérum hypersensible, de substances qui se seraient formées par l'effet de la provocation mécanique.

En outre, dans le but de démontrer dans l'urticaire factice l'état d'hypersensibilité et, par suite, de pouvoir identifier la substance passée dans la circulation avec les réagines, Lehner et Rajka ont tenté le transport passif de cette hypersensibilité à l'excitant mécanique (scarifications quadrillées très superficielles) porté sur la peau, dans laquelle avait été injecté préalablement le sérum hypersensible, aurait provoqué l'apparition de pomphi plus amples et plus saillants, que ceux qui ont été obtenus dans les zones où avait été injecté du sérum normal. Sur la base de ces résultats serait donc démontrée la présence dans la circulation de réagines spéciales et par suite serait confirmée la nature allergique de l'urticaire factice.

Les auteurs, à leur tour, ont entrepris des recherches de contrôle de ces expériences de Lehner et de Rajka.

Sur deux cas d'urticaire factice et un cas d'urticaire par le froid, ils ont répété les mêmes recherches, en les amplifiant.

Dans les trois cas, par des épreuves répétées, ils n'ont pas pu constater de différences appréciables dans les réactions cutanées provoquées par les injections de sérum prélevé avant et durant l'éruption. De même, ils n'ont pas constaté de différences sensibles entre les réactions provoquées respectivement par le trauma et par le froid sur les zones dans lesquelles avaient été injectés préalablement les sérums étudiés. Ils n'ont observé aucune augmentation du pouvoir pomphogène après le refroidissement *in vitro* du sérum du sang et du liquide de bulle du sujet atteint d'urticaire par le froid. Dans ce même cas, s'est trouvée également en défaut la démonstration directe d'un contenu différent de réagine dans la peau qui était le siège de la lésion urticarienne.

Par conséquent, les auteurs d'après les résultats qu'ils ont obtenus, ne peuvent se rallier aux conclusions de Lehner et Rajka et ils estiment que, chez ces sujets hypersensibles, le sérum ne contient pas, ou du moins on ne peut pas démontrer par la technique employée qu'il contient des réagines qui se seraient formées *in situ* et qui seraient par suite passées dans la circulation sous l'action de la provocation mécanique ou thermique.

BELGODERE.

Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii (Moscou).

Du dépistage des sources génitales d'infection dans les maladies vénériennes, par G. N. Goussev. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii,* nº 3, 1934, pp. 185-190.

L'auteur rapporte les résultats du dépistage des sources de contagion vénérienne pratiqué au cours d'une année (1er octobre 1932-1er octobre 1933) auprès de tous les malades nouveaux se présentant au dispensaire porteurs d'une urétrite blennorragique aiguë ou subaiguë, d'une chancrelle ou d'une syphilis primaire ou secondaire récents. Lee malades questionnés ont été au nombre de 422 dont 319 hommes et 103 femmes. En classant d'après les maladies contractées, on relève 294 personnes atteintes de blennorragie aiguë et subaiguë dont 224 hommes et 70 femmes, 97 porteurs de chancre mou dont 71 hommes et 26 femmes et 31 syphilitiques florides dont 24 hommes et 7 femmes. Sur ce nombre, 108 malades se sont infectés en dehors de la ville et 314 en ville même. Sur les 108 personnes contaminées en dehors de la ville, 28 (26 o/o) ont fourni des renseignements détaillés sur les partenaires et ces renseignements ont été immédiatement envoyés aux organisations vénéréologiques correspondantes aux fins des recherches nécessaires et de l'examen en vue du traitement. Sur les 314 malades infectés en ville, les renseignements détaillés ont été donnés par 172 (54,8 o/o). Sur 86 épouses légitimes on en trouve 69 (77,5 o/o) infectées par leurs maris ; sur 86 maris on n'en trouve que 5 (5,8 o/o) contaminés par leurs femmes. La source principale d'infection des femmes mariées est donc constituée par les maris. Hormis les cas de contagion conjugale, la syphilis est transmise dans 63 o/o par des liaisons d'occasion (des 2 sexes), dans 29,6 o/o par des prostituées, dans 7,4 o/o par des amis (et amies) ; pour le chancre mou, on constate que dans 60 o/o des cas il est propagé par des partenaires occasionnels (des 2 sexes), dans 21,2 o/o par des prostituées, dans 18,8 o/o par des amis (et amies) ; la blennorragie est transmise par des rencontres d'occasion (des 2 sexes) dans 52,1 o/o des cas, par des amis (et amies) dans 30,1 o/o et par les prostituées dans 17,8 o/o. 98 personnes, sauf les maris et les femmes, ont été convoquées pour confrontation par l'intermédiaire soit des malades mêmes, soit par lettre, soit enfin par la sœur du service prophylactique. 87 personnes (87,7 o/o) se sont présentées, les 12 autres (12,3 o/o) ne se sont pas présentées, et sont restées introuvables (8 hommes et 4 femmes, source de contagion gonococcique). 6 personnes (2 hommes et 4 femmes) accusées d'avoir transmis la syphilis ont été trouvées presque toutes au stade actif de la maladie. Sur 27 personnes (6 hommes et 21 femmes) incriminées d'avoir transmis le chancre mou, les hommes se sont tous montrés chancrelleux et parmi les femmes, 5 seulement, retrouvées après un délai assez long. 5 hommes accusés d'infection blennorragique ont tous présenté une chaude-pisse chronique. Sur 48 femmes accusées de contagion blennorragique, on a trouvé 23 blennorragies aiguës et

subaiguës, 13 blennorragies chroniques (ces 36 cas avec des gonocoques dans les frottis) et 12 blennorragies chroniques sans gonocoques. Bref, sur ces 86 sujets soupçonnés, 81 (95,3 o/o) présentaient des affections vénériennes. Sur ces 81 malades, 41 (50,6 o/o) avaient ignoré leur maladie vénérienne. Par rapport aux malades, ces 86 personnes sources de vénérisme étaient des personnes connues dans 70 cas (81,4 o/o), des rencontres fortuites dans 12 cas (13,9 o/o) et des inconnues dans 4 cas (4,7 o/o).

La position sociale des sources de contagion a été la suivante : 31 employés (36 o/o), 24 ouvriers (28 o/o), 12 ménagères (14 o/o), 9 étudiants (10,4 o/o), 2 militaires (2,3 o/o) et 8 divers (9,3 o/o).

BERMANN.

A propos des moyens de dépistage et de stérilisation des sources d'infection, par D. I. LASS. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 3, 1934, pp. 190-194

L'auteur a examiné les rapports statistiques de la Cour Supérieure Soviétique relatives aux 2 articles du Code Criminel Soviétique ayant une grande importance pour les organisations antivénériennes. Ce sont : l'article 150 punissant la personne se sachant porteuse de maladie vénérienne quelconque et la communiquant à autrui et l'article 155 punissant les personnes favorisant l'exercice de la prostitution. Les statistiques démontrent que les affaires instruites en vertu de ces 2 articles subissent une diminution constante. Ainsi, en 1928, il y eut en Russie 916 arrêts rendus en vertu de l'article 155 et 451 en vertu de l'article 150 ; en 1932, ces chiffres étaient respectivement 211 et 103, en diminution notable dans toutes les parties de la République. Or, si la diminution des poursuites dirigées contre la prostitution en vertu de l'article 155 réflète vraiment la diminution et même presque la disparition de la prostitution, foyer des contaminations vénériennes collectives, il n'en est pas de même pour l'article 150, car la fréquence des maladies vénériennes n'accuse pas une baisse aussi considérable. Cette disproportion provient donc, selon l'auteur, de l'activité insuffisante ou même nulle des organisations vénéréologiques qui devraient être les premiers instigateurs des procès contre l'individu propageant son affection vénérienne. En réalité, les dossiers des affaires judiciaires prouvent que les organisations antivénériennes n'ont jamais été ni les initiateurs, ni les auxiliaires de la justice en pareilles circonstances. C'étaient toujours les malades infectés qui, de leur propre gré, s'adressaient au Tribunal, en demandant aide et justice. L'auteur considère cette abstention et cette neutralité des dispensaires antivénériens comme une lacune et même une faute, car la participation de ces établissements dans des affaires instruitesen vertu des articles 150 et 155 apportera un secours considérable et utile à la Justice, servira à l'éducation sanitaire et prophylactique de la population et contribuera énormément à l'œuvre du dépistage et de stérilisation des sources d'infection vénérienne. BERMANN.

La syphilis dans la région de Kiakhta en Bouriato-Mongolie, par A. Waïnehtein. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 3, 1934, pp. 194-197.

L'auteur rapporte les résultats de son activité antivénérienne qu'il a exercée, au printemps de 1933, dans la région de Kiakhta sur un territoire de 7.220 kilomètres carrés peuplé de 50.000 habitants russes et bouriates s'occupant principalement d'agriculture. Avant l'auteur, aucune expédition vénéréologique n'avait étudié cette partie de la Bouriatie Orientale.

Tout d'abord, il a constaté une grande amélioration de l'état économique, culturel, sanitaire du pays, en comparaison avec ces régions voisines décrites par les expéditions vénéréologiques précédentes. L'examen des auditeurs des divers établissements scolaires fréquentés principalement par des Bouriates, n'a montré qu'un cas de syphilis récidivante, 4 cas de syphilis tertiaire latente et 4 cas de blennorragie chronique.

La station vénéréologique organisée par l'auteur n'a été fréquentée que par des blennorragiques aigus et chroniques et des syphilitiques latents. L'examen de la population paysanne travaillant dans diverses économies collectivisées très éloignées les unes des autres n'a pas montré non plus une forte morbidité vénérienne. Sur 643 personnes appartenant à 191 familles, il a trouvé 44 cas de syphilis (6,8 o/o). Les malades âgés de 20-30 ans présentaient 13 cas florides, primaires et secondaires, 3 cas gommeux, 27 cas latents et 1 cas héréditaire tardif. Les malades ignoraient leur maladie et ne se soignaient pas, risquant de disséminer leur affection. Malheureusement, le dépistage de la syphilis a été incomplet, car 27 o/o des sujets à examiner manquaient pour cause de départ aux champs éloignés.

Les 39 cas de dermatoses constatées se répartissent de la façon suivante : scrofuloderme et tuberculose des ganglions lymphatiques cervicaux, 18 cas ; *lichen scrofulosorum*, 1 cas ; cicatrices lupiques, 1 cas ; furonculose, 1 cas ; gale, 18 cas. Les téguments des Bouriates sont donc peu prédisposés aux affections cutanées. Bermann.

Les maladies cutanées comme facteur d'incapacité temporaire de travail d'après les données de la caisse d'assurance sociale régionale de Moscou, par W. I. Feldmann, J. L. Gautina, I. G. Dolgowa, W. A. Lapteff, S. P. Molodenkowa et A. I. Chapkina. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 3, 1934, pp. 198-217.

Ce n'est que depuis les dernières années que les auteurs russes ont abordé l'étude de la fréquence des maladies cutanées parmi les différents groupes d'ouvriers de l'industrie. La morbidité cutanée est encore insuffisamment différenciée. La valeur sociale des diverses dermatoses comme facteur d'incapacité temporaire de travail est encore peu connue.

Afin de remédier à cette faute et de remplir la lacune, la brigade des auteurs cités a examiné les documents de la caisse d'assurance sociale de Moscou. Elle a examiné les feuilles de congé se rapportant aux malades

atteints d'affections cutanées ayant travaillé en 1930 aux entreprises les plus vastes de la ville et de la région de Moscou. Les ouvriers assurés travaillant aux usines et fabriques de Moscou faisant l'objet de l'étude des auteurs ont été au nombre de 145.392 ; ceux de la région de Moscou, de 46.207.

Après avoir rejeté 377 fiches se rapportant aux dermatoses entraînant rarement une perte de la capacité de travail (gale, zona, pityriasis rosé, etc., etc.), les auteurs ont analysé en tout 7.243 fiches dont 5.286 concernent la ville et 1.957 la région de Moscou, ce qui fait que les index relatifs au taux d'incapacité de travail pour cause de dermatoses sont de 3,6 o/o pour les assurés de la ville et de 4,2 o/o pour ceux de la région de Moscou. Si l'on envisage qu'en 1930, la ville de Moscou avait en moyenne 1.033.549 assurés et la région de Moscou 1.945.095, on constate que les analyses des auteurs ont porté sur 14 o/o d'assurés de la ville et sur 2,4 o/o d'assurés de la région de Moscou. Ainsi, le nombre absolu des cas de perte de la capacité temporaire de travail dépendant des dermatoses a été approximativement : à Moscou, 37.208 et dans la région de Moscou, 81.694. Puisqu'en 1930, il y eut en tout 1.194.314 cas de perte de la capacité de travail à Moscou et 2.113.511 cas dans la région de Moscou, on obtient que la morbidité cutanée à Moscou constitue 3,1 o/o de la morbidité générale et dans la région, 3,8 o/o. Les 5.286 cas d'affections cutanées de Moscou ont exigé 48.820 journées de congé et les 1.957 cas d'affections cutanées de la région en ont exigé 17.895, d'où pour la morbidité cutanée totale de Moscou 348.714 journées et dans la région, 745.625 journées, en tout, 1.094.339 journées. Toutes les maladies pour Moscou ont exigé, en 1930, 9.051.882 journées de congé et dans la région, 16.713.780 journées, ce qui fait que la morbidité cutanée à Moscou compte pour 3,8 o/o et dans la région, pour 4,4 o/o. Les index relatifs de la durée moyenne de l'incapacité de travail sont de 33,6 journées pour 100 assurés à Moscou et de 38,7 journées pour 100 assurés dans la région, ce qui dépasse les index des affections oculaires, cardiaques, rhumatismales, etc., mais reste inférieur aux index des affections grippales, gastro-intestinales, chirurgicales, etc. Si l'on considère que les salaires moyens étaient en 1930 de 3 roubles 79 kopecks pour la ville et 3 r. 36 kop. pour la région on constate que la caisse d'assurance a payé aux malades cutanés la somme de 1.321.625 r. 06 kop. pour la ville et de 2.487.290 r. soit en tout, 3.808.915 r. 06 kop. La ville de Moscou a payé en tout à divers malades la somme de 34.328.609 r., la région, 56.106.380 r. et au total les dépenses de la caisse d'assurance ont été de 90.494.898 r. Par conséquent, la morbidité cutanée a absorbé en moyenne 4,2 o/o des sommes payées par l'assurance sociale, sans compter les pertes causées aux entreprises dont les ouvriers n'ont pas travaillé pour motif de dermatose. Les auteurs soulignent qu'ils n'ont pas pris en considération ni les dermatoses peu fréquentes, ni les affections chirurgicales de la peau (abcès, phlegmons, panaris, etc.). Les affections principales dont étaient atteints les 7.243 cas examinés se

répartissent ainsi : furonculose, 5.096 cas (70,3 o/o) ; hidrosadénite, 682 cas (9,4 o/o) ; eczéma et dermite eczémateuse, 879 cas (12,2 o/o) et érysipèle, 586 cas (8,2 o/o). Si l'on répartit ces affections parmi les malades de la ville on obtient : furonculose, 3.613 cas (68,3 o/o) ; hidrosadénite, 539 cas (10,2 o/o) ; eczéma et dermite, 643 cas (12,2 o/o) et érysipèle, 491 cas (9,3 o/o) ; pour la région, ces affections se présentent ainsi : furonculose, 1.483 cas (76 o/o) ; hidrosadénite, 143 cas (7,3 o/o) ; eczéma et dermite, 236 cas (12 o/o) ; érysipèle 95 cas (4,8 o/o). En général, selon les journées de congé, ces maladies se décomptent ainsi : furonculose, 38.713 journées (58,2 o/o) ; hidrosadénite, 7.061 journées (10,6 o/o) ; eczéma et dermite, 11.623 journées (17,4 o/o) ; érysipèle, 9.318 journées (14 o/o). Pour la ville : furonculose, 26.727 journées (54,9 o/o) ; hidrosadénite, 5.714 journées (11,8 o/o) ; eczéma et dermite, 8.647 journées (17,7 o/o) et érysipèle, 7.732 journées (15,7 o/o). Pour la région : furonculose, 11.986 journées (66,9 o/o) ; hidrosadénite, 1.347 journées (7,5 o/o) ; eczéma et dermite, 2.976 journées (16,6 o/o) ; érysipèle, 1.586 journées (8,9 o/o). La durée moyenne de l'incapacité en pour cent se décompte ainsi : furonculose, 7,6 o/o ; hidrosadénite, 10,35 o/o ; eczéma et dermite, 13,2 o/o ; érysipèle, 15,9 o/o. Pour la ville : furonculose, 7,4 ; hidrosadénite, 10,6 ; eczéma et dermite, 13,4 ; érysipèle, 15,7 ; pour la région : furonculose, 8,1 ; hidrosadénite, 9,4 ; eczéma et dermite, 12,6 ; érysipèle, 16,7. Si l'on analyse la fréquence de ces dermatoses dans les entreprises de la ville et de la région de Moscou, on constate des variations très larges, mais c'est toujours la furonculose qui prédomine partout. Il en est de même pour la durée de ces affections cutanées. La furonculose qui est la maladie la plus fréquente est en même temps celle qui exige la durée la plus courte. L'érysipèle est l'affection la plus rare, mais aussi la plus longue, quant à la durée de son évolution. La durée variable de la même maladie dans les différentes entreprises dépend du genre de travail, des conditions d'habitation des ouvriers et aussi du traitement.

Dans toutes les entreprises on note que la morbidité cutanée des hommes est supérieure à celle des femmes, tandis que pour la morbidité générale ce sont les femmes qui prédominent. La prédominance des dermatoses cutanées chez les hommes s'explique par celle de la furonculose qui frappe les hommes deux fois plus souvent que les femmes. L'hidrosadénite et l'érysipèle prédominent légèrement chez les femmes. Quant à la fréquence des maladies cutanées par rapport à l'âge, on signale, à part l'érysipèle, leur diminution au fur et à mesure qu'on avance en âge. Ainsi, sur 100 assurés âgés de 15 à 19 ans, la furonculose se rencontre dans 4,1 o/o et sur 100 assurés au-dessus de 50 ans, 1,3 o/o. Pour l'hidrosadénite, ces chiffres sont respectivement de 0,48 o/o et 0,22 o/o. Pour l'eczéma-dermite, 0,53 o/o et 0,35 o/o. Pour l'érysipèle, c'est le contraire, 0,26 o/o et 0,55 o/o. En général, la morbidité cutanée baisse de 5,4 o/o sur 100 assurés de 15 à 19 ans et 2,4 o/o sur 100 assurés âgés de plus de 50 ans. La vulnérabilité de la peau jeune est plus élevée que

celle de la peau accoutumée. Pour l'eczéma, la peau des vieux travailleurs est désensibilisée, croit-on. Pour l'érysipèle il en va tout autrement et ce problème demande des études ultérieures. Les dermatoses s'observent plus souvent en automne et en hiver. L'eczéma, la dermatite et l'érysipèle se localisent le plus souvent aux parties découvertes de l'organisme, la furonculose, aux parties couvertes.

Les auteurs terminent leur étude par la proposition aux médecins d'approfondir les recherches sur l'influence des conditions de travail, de logement, des particularités de la peau, de l'âge, du sexe, de la saison sur l'espèce, la localisation, la fréquence, la marche des dermatoses, ainsi que la prophylaxie et le traitement rationnel des affections cutanées.

BERMANN.

A propos du traitement du psoriasis à la station balnéothérapique de Sotchi-Matzesta, par G. I. MESTCHERSKY. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 3, 1934, pp. 218-222.

L'auteur se propose la tâche d'établir quelles sont les formes cliniques de psoriasis justiciables du traitement à la station balnéaire de Sotchi-Matzesta (Caucase) et quelle doit être la méthode de traitement de chacune des formes indiquées.

Après avoir tracé l'image des diverses formes du psoriasis et de leur évolution, l'auteur trouve que c'est la forme vulgaire, courante du psoriasis chronique, sec, à éléments limités, peu élevés, ronds ou angulaires qui bénéficie le plus du traitement balnéothérapique auxquels sont adjoints le repos intellectuel et physique, le régime lacto-végétarien, avec surveillance des fonctions rénale et gastro-intestinale, des pommades réductrices faibles ou indifférentes et de courtes séances des rayons ultra-violets. En outre, on peut prendre des courts bains de soleil le matin ou le soir, faire des ablutions ou des bains d'eau de Matzesta ou de mer. Pendant les périodes de rémission, l'héliothérapie peut être faite dans la journée, la balnéothérapie et l'actinothérapie renforcées. Le psoriasis à exacerbation hivernale doit être traité au printemps ou en été et le psoriasis estival, en automne ou en hiver. Le premier type demande un traitement hélio-balnéologique et le second type, une protection de la peau du soleil et une aérothérapie pour endurcir la peau, l'habituer aux changements atmosphériques. C'est le type invétéré et papillomateux à qui convient le mieux le traitement hélio-balnéologique, qui peut rapidement être conduit jusqu'aux brûlures. A part les bains d'eau de Matzesta, il faut utiliser des compresses et des enveloppements, ainsi que des douches, des massages, des frictions, etc. des régions rebelles. Les formes exsudatives, rupioïde, ostréacée, suppurative exigent une absorption diminuée des chlorures, une diète lacto-végétarienne, des laxatifs et des diurétiques, puis une aérothérapie matinale et vespérale, des frictions ou ablutions avec de l'eau de Matzesta, puis des bains de durées et de concentrations croissantes. La variété irritable fréquente chez les surmenés intellectuels et les intoxiqués par l'alcool, le café, le

tabac ne doit pas être soignée à Matzesta, car elle se compliquerait d'une érythrodermie grave et généralisée. BERMANN.

Les principes généraux du traitement des dermatoses à la station balnéaire de Satchi-Matzesta, par G. I. MESTCHERSKY. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 3, 1934, pp. 222-225.

Les principales ressources thérapeutiques naturelles de la station thermale de Sotchi-Matzesta (Caucase) sont les sources de Matzesta, l'héliothérapie et la thalassothérapie dans leurs diverses combinaisons.

Se basant sur l'étude de l'action des facteurs balnéologiques de la station de Sotchi-Matzesta (sources sulfurées, chlorurées sodiques) sur l'organisme humain en général et sur différentes dermatoses se trouvant à telle ou telle période de leur évolution, l'auteur arrive à formuler les indications et les contre-indications de la station étudiée.

Les indications de la station de Sotchi-Matzesta sont : l'ichtyose, les kératodermies, y compris l'érythrodermie ichtyosiforme congénitale, les névrodermites diffuses et circonscrites, le psoriasis et le parapsoriasis, les séborrhéides, les eczémas chroniques, les acnés, les dermatoses du type de prurigo chronique, les formes hypertrophiques du lichen plan, les dermatoscléroses, la sclérodermie, la dermatomyosite chronique, l'acrodermatite chronique atrophiante, les dermatomycoses chroniques des parties glabres, le prurit cutané idiopathique, surtout sénile, les pyodermites chroniques limitées, y compris le sycosis, les ulcères chroniques circonscrits sauf le cancer.

Les contre-indications sont : les dermatites aiguës et subaiguës ayant surtout tendance à l'exsudation, y compris la brûlure par le soleil, l'érythrodermie avec œdème infiltratif, la tuberculose cutanée, les néoformations malignes de la peau, y compris le mycosis fongoïde, les pyodermies aiguës et diffuses, les dermatoses exsudatives, surtout l'eczéma vésiculeux, les dermatoses du type ulcéreux ou érosif très généralisées. BERMANN.

Le traitement des maladies cutanées à la station balnéologiques de Sotchi-Matzesta, par W. A. ALTHAUSEN et Z. A. KRISTANOFF. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 3, 1934, pp. 225-230.

Les auteurs, membres d'une brigade médicale ayant étudié en 1932, l'action de la station balnéologique caucasienne de Sotchi-Matzeska sur les maladies de la peau, signalent tout d'abord que la dermatologie connaît encore trop peu les bénéfices du traitement des dermatoses par les eaux thermales dont on ignore souvent les indications et les contre-indications.

L'eau de Matzesta est, en somme, une eau minérale gazeuse (hydrogène sulfuré), chlorurée sodique, possédant une faible radioactivité. Après un court contact avec la peau, cette eau produit une réaction érythémateuse de la peau rigoureusement limitée à la zône du contact. En cas d'excès d'hydrogène sulfuré, l'érythème peut devenir violacé, cyanotique, suivi de réaction de pâleur cutanée. Cette réaction, correspondant

au dermographisme du sujet, varie selon le sujet et dépend de la vasodilatation. Les recherches expérimentales prouvent une pénétration profonde sous la peau de l'hydrogène sulfuré dont la meilleure concentration est de 176-178 milligrammes par litre Les auteurs montrent le rôle important du soufre dans le métabolisme, son action sur les systèmes nerveux et digestif et sur l'échange des hydrocarbures. A part l'eau minérale, l'action de la station se compose du climat, de la plage, des radiations du soleil qui influent sur la peau du malade tant d'une manière externe qu'interne.

Le traitement des dermatoses par l'eau de Matzesta a consisté en bains généraux courts et à température décroissante, en bains locaux des extrémités, en compresses et fomentations, en héliothérapie des régions mouillées ou frictionnées à l'eau, en bains de mer prises 5-6 heures après les bains de Matzesta. Le traitement local n'était institué qu'en cas exceptionnels.

Les 86 cas traités au cours des 4 mois d'été étaient les suivants : eczéma, 51 cas dont 47 cas chroniques très améliorés, souvent guéris (96 o/o), 1 cas sans changement et 1 cas aggravé (4 o/o), psoriasis, 30 cas, dont 17 guéris, 7 très améliorés (80 o/o), 4 peu améliorés (15 o/o) et 2 aggravés (5 o/o). 4 cas de sycosis très améliorés et 1 cas de trichophytie de la peau glabre non guéri. Le *pityriasis versicolor* et l'érythrasma sont très bien influencés par l'eau de Matzesta. Les affections purulentes, aiguës et subaiguës de la peau ne tirent pas profit du traitement par cette eau sulfureuse. BERMANN.

Le traitement de la syphilis par l'osarsol, par N. S. SMÉLOFF. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, nº 3, 1934, pp. 231-245.

Après avoir passé en revue l'état du problème du traitement de la syphilis par le stovarsol et ses dérivés à l'étranger, l'auteur fait une étude bibliographique de cette question, en se servant des données des travaux russes. De 1923 jusqu'à 1925, on fabriquait en Russie le stovarsolan et depuis 1925, l'osarsol. Les travaux russes se basent sur un matériel de 767 cas, dont 615 malades adultes et 152 enfants et sont en général favorables à l'emploi de l'osarsol dans la thérapeutique antisyphilitique. Bien que ce produit entraîne plus d'accidents que le néo, il est en somme bien supporté, car ces accidents sont bénins et de courte durée. En Russie, il n'y a eu jusqu'à présent aucun cas de mort attribuable à l'osarsol. Ces accidents seront peu à peu liquidés lorsque la surveillance médicale du traitement s'améliorera et surtout lorsqu'on saura mieux établir chaque fois les indications et les contre-indications du traitement. Les doses pour adultes sont de 1 gramme par jour et de 25 à 35 grammes par cure. La dose journalière doit être prise en 2 fois, à jeun et le soir. Après 5 jours de traitement, il faut placer un repos de 3 jours. Les enfants reçoivent, selon l'âge, de 0 gr. 12 à 0 gr. 25 de produit par jour, en 2-3 prises, au total de 4 à 30 grammes par cure qui comporte 5 jours de traitement et 5 jours de repos.

L'administration de l'osarsol est contre-indiquée dans les maladies du rein, du foie, les maladies aiguës des voies gastro-intestinales ainsi que l'ulcère rond de l'estomac et du duodénum, les affections du système nerveux central et du nerf optique non syphilitiques, la diathèse hémorragique, les dermatoses aiguës et généralisées, les états fébriles et les cas d'intolérance à l'osarsol. Ce produit ne doit pas être administré en cas d'emploi d'arsenic sous une autre forme.

L'osarsol est indiqué principalement dans la syphilis nerveuse, viscérale, secondaire récidivante ou latente, tertiaire, congénitale précoce, en combinaison avec le bismuth, le mercure ou l'iode, en cas d'impossibilité d'injection intraveineuse de néo ou de l'intolérance à ce prudent.

L'auteur signale le fait que les médecins connaissent peu l'osarsol et le prescrivent rarement, tandis qu'il mérite beaucoup une plus grande diffusion.

BERMANN.

La caractéristique des chancres durs, d'après les matériaux du service syphilidologique de l'Institut Vénérologique de l'Etat, par A. A. BARANOFF. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermotologii*, n° 3, 1934, pp. 245-256.

L'intéressante étude de l'auteur porte sur 600 chancres durs observés en 8 ans (1922-1929) chez des malades hospitalisés au service de l'Institut Vénérologique de Moscou. Parmi ces malades, il y avait 469 hommes (78,1 o/o), 131 femmes (21,8 o/o) et 4 enfants (0,6 o/o). Dans la première période de 4 ans (1922-1925), le pourcentage moyen du nombre des chancres mous par rapport à tous les syphilitiques du service était de 13 o/o, dans la seconde période de 4 ans (1926-1929), ce pourcentage moyen était descendu à 10,6 o/o. En général, pour toute la période de 8 ans, le pourcentage moyen des chancres durs par rapport à tous les syphilitiques était de 11,8 o/o. Le mode d'infection était génital dans 523 cas (87,2 o/o), extragénital — dans 63 cas (10,5 o/o) et indéterminé — dans 14 cas (2,3 o/o). La majorité des hommes (66,6 o/o) et des femmes (64 o/o) infectés par voie génitale ont contracté leur maladie entre 20 et 30 ans. Les hommes célibataires s'infectent 2 fois plus souvent que les hommes mariés. Le mode d'infection génitale des hommes se présente ainsi : femmes d'occasion, 122 (33,8 o/o), prostituées, 116 (32,1 o/o), amies, 88 (24,4 o/o) et épouses, 35 (9,7 o/o). La fréquence d'infection génitale des femmes est presque la même pour les célibataires et les mariées. Dans 60 o/o des cas, les femmes sont contaminées par les maris, dans 30 o/o, par les amis et dans 10 o/o, par des hommes d'occasion. Au point de vue de la précocité de la première consultation médicale, l'auteur note qu'en 1922-1925, 36,5 o/o des malades se sont présentés dans les premiers trois jours d'affection, en 1926-1929, 54 o/o, ce qui prouve que l'instruction sanitaire de la population a fait de grands pas en avant. La durée d'incubation du chancre dur se présente ainsi : jusqu'à une semaine, 12 o/o ; jusqu'à 2 semaines, 21 o/o ; jusqu'à 3 semaines, 27,5 o/o ; jusqu'à un mois, 25,75 o/o ; jusqu'à 5-6 semaines, 10 o/o ; jusqu'à 7-8 semaines, 2,75 o/o ; jusqu'à 3-3 1/2 mois, 1 o/o. L'auteur a véri-

fié la notion que l'infection mixte abrège la période d'incubation. Ainsi, parmi les chancres à incubation allant jusqu'à une semaine, il y avait 21 o/o des chancre mixtes ; parmi les chancres apparus jusqu'à 2 semaines après le coït, il n'y en avait que 6 o/o et parmi ceux apparus jusqu'à 3 semaines, seulement 0,90 o/o. Quant au tableau clinique du chancre dur, leur volume était normal dans 93,2 o/o des cas ; les chancres nains étaient observés dans 1 o/o, les chancres géants, dans 6 o/o. L'induration était bien prononcée dans 84,4 o/o, elle était papyracée, dans 5,2 o/o, insignifiante dans 7,1 o/o et manquait dans 3,3 o/o. Dans 70 o/o des cas, les chancres durs étaient uniques et dans 30 o/o, multiples, même jusqu'à 8-9. Les chancres multiples sont fréquemment mixtes et l'auteur le prouve pleinement. Parmi les chancres uniques, l'infection mixte n'a été enregistrée que dans 2,6 o/o des cas, parmi les chancres doubles, 14,4 o/o, parmi les chancres au nombre de 3-5, 20 o/o ; parmi les chancres au nombre de 8-50 o/o. L'adénopathie satellite a précédé quelquefois l'apparition du chancre, mais elle est survenue dans les premiers 10 jours, dans 38 o/o des cas. Les spirochètes pâles n'ont pas pu être décélés dans 12,5 o/o des cas. Parmi les complications des chancres, il faut noter le phimosis (26 o/o des hommes), l'infiltration œdémateuse (13,5 o/o), le phagédénisme (1,5 2/o), la gangrène (2 o/o) dont l'issue a été favorable. En ce qui concerne la localisation génitale des chancres chez l'homme, il faut noter, d'après l'ordre de fréquence, les parties suivantes : feuillet interne du prépuce (30,7 o/o). le fourreau du pénis (14,6 o/o), sillon balano-préputial (12,2 o/o), gland (12,2 o/o), feuillet-externe du prépuce (9,5 o/o). etc. Pour la femme, d'après l'ordre de fréquence, la localisation génitale se présente ainsi : grandes lèvres, 46 o/o, petites lèvres, 20 o/o, entrée du vagin, 11 o/o, col utérin, 11 o/o. Les données de l'auteur confirment donc la fréquence des chancres cervicaux notée par d'autres observateurs. Sur les 63 chancres extra-génitaux, les plus fréquents sont ceux des amygdales (19), de la lèvre supérieure (17), de la lèvre inférieure (17), etc. Le chancre de l'amygdale s'accompagne presque toujours d'adénopathie et de douleurs à la déglutition. La réaction de Bordet-Wassermann des porteurs des chancres durs se présentait ainsi : très positive (4 + et 3 +), 61,26 o/o, positive (2 +), 15,14 o/o, positive faiblement (3 +), 8,8 o/o et négative, 14,8 o/o. Sur 33 cas d'examen du liquide cérébro-spinal, on a trouvé 5 cas (15 o/o) pathologiques, au point de vue cytologique. La disparition des spirochètes pâles se fait le plus rapidement sous l'influence du néo, puis sous celle de l'association néo + bismuth. La cicatrisation des chancres sous l'effet du traitement arsenical pur ou combiné s'est faite dans les 2 premières semaines dans 50 o/o et à la fin de 3 semaines, dans 76,75 o/o des cas. L'induration s'est conservée 32 fois o/o après la première série au néo pur ou combiné. A la fin de la première cure, la réaction de Bordet-Wassermann n'a pas changé dans 35,6 o/o, s'est négativée dans 18,4 o/o et est devenue moins positive dans 40 o/o. Sur

19 cas de chancre séronégatif, 12 cas (63,1 o/o) sont devenus séropositifs à la fin du traitement. BERMANN.

Le sort des syphilitiques traités dans la période précoce de l'infection, par G. S. KHÉTAGOUROW. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 3, 1934, pp. 246-263.

Les syphiligraphes traitant les malades dès le début de leur infection constatent de plus en plus la grande rareté des récidives cutanées. Mais, malgré cela, les thérapeutes et les neuropathologistes observent un grand nombre de récidives nerveuses et cardiovasculaires même chez des malades bien traités à la période précoce de la syphilis.

Dans le but d'étudier le sort des syphilitiques soignés dans le stade précoce, l'auteur a convoqué 150 malades hommes infectés en 1927 et 1928 et dont la maladie remonte par conséquent à 3 1/2-4 ans. Ces malades avaient eu des accidents primaires ou primo-secondaires présentant des spirochètes pâles et ayant été soumis aux examens cliniques, sérologiques et radiologiques multiples à diverses étapes de leur traitement. Malheureusement, à ces 150 invitations envoyées n'ont répondu que 60 malades (40 o/o), les autres étant restés introuvables pour cause de départ ou autre. La majorité des malades (50) étaient âgés de 19 à 30 ans. Les malades comptaient 47 célibataires et 13 mariés dont queles uns pendant le traitement (leurs familles se trouvent sous contrôle). 25 malades avaient commencé le traitement à la période primaire séronégative et 35 à la période primo-secondaire séro-positive. Sauf 8 malades qui ont reçu 50 à 60 injections bismuthiques et mercurielles, 52 en ont reçu de 10 à 40 ; 10 malades n'ont pas été traités au néo ; 6 en ont reçu jusqu'à 11 grammes et 44 jusqu'à 6 grammes. Sur tous ces malades, il n'y avait qu'un seul cas de récidive clinique et 4 cas de fléchissement séro-positif passager.

L'examen viscéral des malades soigneusement fait a montré ceci : du côté du système nerveux, il n'y avait que quelques cas de neurasthénie, sans aucune lésion organique. Du côté du système cardio-vasculaire, on a constaté 2 cas d'aortite prononcée (3,3 o/o) et 5 cas de myocardite (8 o/o). Tous ces malades ont été bien et régulièrement traités.

L'auteur conclut que le traitement précoce n'est pas responsable des rares récidives cardio-vasculaires, mais qu'il est parfois hors d'état de les prévenir. BERMANN.

A propos du traitement des vulvovaginites trichomonadiques par la biolactine, par R. S. GANÉWSKAÏA et E. M. WERBATOUS *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 3, 1934, pp. 263-266.

Le trichomonas vaginalis est le protozoaire flagellé le plus grand parmi les parasites de l'organisme humain, puisqu'il mesure 15 à 18 microns. Les vulvovaginites qu'il provoque se caractérisent par des sécrétions abondantes purulentes, spumeuses, jaune-verdâtre, à odeur spécifique. Ces sécrétions simulant la blennorragie irritent les téguments de la vulve et des cuisses et provoquent un prurit, des brûlures et une pesanteur au

bas-ventre. Ces vulvo-vaginites sont rebelles à tout traitement et récidivent souvent.

Les auteurs ont examiné 368 femmes et le *trichomonas vaginale* a été décélé chez 236 (64,1 o/o). Dans 12 cas (5 o/o) le trichomonas était associé au gonocoque. La majorité des malades avaient de 20 à 40 ans (90,3 o/o).

Le traitement institué par les auteurs consistait dans l'emploi de la biolactine. Ce produit est un lait dégraissé et stérilisé qui est caillé par ensemencement de bacilles bulgares. Il améliore la flore vaginale, en y maintenant la réaction acide par la production de l'acide lactique qui tue les bactéries pathogènes. Il a une consistance gélatineuse et est présenté en ampoules-seringues de 5 centimètres qu'on vide, en position couchée, dans le vagin, se servant d'un piston en verre. Pendant le traitement par la biolactine, on ne doit faire aucune injection vaginale. Le traitement dure de 1 à 5 mois. Les femmes accusent dès le début une amélioration des sensations subjectives et une diminution des pertes vaginales. C'est un traitement commode, facile à appliquer à domicile par la malade elle-même, mais il donne des récidives dans 10 o/o. L'abondance des sécrétions vaginales reste inchangée dans 65,6 o/o, elle s'améliore dans 32,3 o/o et s'aggrave dans 2,1 o/o.

Les auteurs conseillent de continuer l'étude de ces vulvo-vaginites rebelles et l'effet de la biolactine sur leur évolution. BERMANN.

La pratique comparée de la réaction citochol avec les extraits de Sachs-Witebsky et ceux de préparation personnelle, par S. L. CHIRWINDT et A. W. ALÉXÉÉWA. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 3, 1934, pp. 267-271.

Tout d'abord, les auteurs démontrent les avantages de la réaction citochol de Sachs-Witebsky consistant en résultats obtenus rapidement et sans appareils compliqués et qui se présentent comme très concordants avec la clinique. Puis, ils rapportent les résultats obtenus par des auteurs qui se sont servis d'extraits préparés par eux-mêmes, car Sachs et Witebsky n'ont décrit tous les détails de préparation de leurs antigènes, ce qui a poussé les grands laboratoires à les fabriquer par leurs propres forces. Ensuite, les auteurs communiquent les résultats obtenus par l'extrait de leur propre fabrication comparés à ceux obtenus par des extraits originaux envoyés par Sachs et Witebsky à titre d'échange entre instituts sérologiques. 895 sérums sanguins ont été examinés parallèlement par les réactions de Bordet-Wassermann, de Kahn et citochol (3 extraits) ont montré une concordance dans 95,1 o/o. La discordance des résultats de la réaction citochol pratiquée avec les 3 extraits employés a été observée dans 1,2 o/o.

Dans 323 cas, le liquide céphalo-rachidien a été examiné, parallèlement d'après les réactions de Bordet-Wassermann et citochol (2 extraits, un original et un personnel). La discordance était de 8,4 o/o, le Bordet-Wassermann donnait une réponse positive et la citochol réaction, négative.

Dans l'examen sérologique du sang de 125 lapins syphilitiques et sains, pratiqué parallèlement d'après les réactions de Bordet-Wassermann, de Kahn et citochol (3 extraits), on a accusé 7 cas de discordance entre les 2 extraits originaux et l'extrait personnel, ce qui fait 2,5 o/o sur les 279 examens pratiqués. Les discordances entre les extraits originaux et extrait personnel étaient à peu près les mêmes que celles observées entre les extraits originaux eux-mêmes : une réponse négative au lieu d'une réponse faiblement positive.

Les auteurs notent qu'à part le liquide céphalo-rachidien, la citochol-réaction se montre plus commode et plus sensible que le Bordet-Wassermann et le Kahn, car elle permet de se servir d'extraits de propre préparation. BERMANN.

Les réactions sérologiques dans le système des mesures de la lutte antisyphilitique, par S. J. CHMOUCLER. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 3, 1934, pp. 271-277.

En l'absence des données anamnestiques et des symptômes cliniques spécifiques, c'est la séro-réaction à maintes reprises positive qui guide le médecin vers le diagnostic de la syphilis. Pour dépister la syphilis, il est donc indispensable d'avoir à sa disposition une séro-réaction non compliquée, fournissant des résultats rapides et justes et praticable dans toutes les conditions. C'est dans cette intention que l'auteur a essayé toute une série des réactions de précipitation accélérées proposées au cours des dernières années (Meinicke, Bruck, Sachs, Sachs-Georgi, Sachs-Witebsky, Kahn, etc.). Il était attiré surtout par la réaction citochol de Sachs-Witebsky qui n'exige aucun appareil compliqué, qui donne des réponses rapides et justes et qui est facile à exécuter, même à la campagne. Les données de l'auteur sont basées sur une statistique de plus de 17.000 cas où la réaction citochol a été faite parallèlement à celle de Kahn et de Bordet-Wassermann. La concordance des réactions citochol et de Bordet-Wassermann a été enregistrée dans 95,4 o/o, de citochol et de Kahn dans 98,7 o/o des cas. En comparaison avec le Bordet-Wassermann, la réaction citochol est plus sensible, excepté dans la neurosyphilis. Dans la syphilis latente et héréditaire, la réaction citochol se montre plus sensible, ce qui joue un rôle important dans les examens prophylactiques en masse permettant ainsi un dépistage sûr et par conséquent une lutte efficace contre la syphilis. BERMANN.

La reconnaissance sérologique dans le système de lutte organisée pour la liquidation des foyers des maladies vénériennes à la campagne, par S. J. CHMOUCLER et E. N. PETROWA. *Sovietsky Vestnik Venerologii e Dermatologii*, n° 3, 1934, pp. 277-282.

Dans le but de se renseigner sur la présence et la fréquence de la syphilis dans un des districts de la région d'Ivanovo-Voznessensk, les auteurs s'y sont rendus à la tête d'une expédition spéciale dont le but était l'étude sérologique de la population paysanne et son étude clinique au point de vue de la syphilis.

Sur 680 examens sérologiques faits d'après la réaction citochol de Sachs-Witebsky, les auteurs ont trouvé 28 cas positifs. Ces cas se sont montrés sous les formes suivantes : syphilis héréditaire, 11 cas ; syphilis secondaire latente, 9 cas ; syphilis tertiaire latente, 4 cas ; syphilis tertiaire tuberculeuse, 2 cas ; syphilis tertiaire gommeuse, 1 cas ; syphilis de forme clinique non diagnostiquée, 1 cas. Dans une famille où la mère a présenté une réaction positive, on a examiné aussi les autres membres dont 6 ont présenté également un résultat positif se rapportant à une syphilis congénitale. Une réponse positive a été constatée aussi chez 2 femmes enceintes. Tous les malades ont été dirigés sur l'ambulance locale aux fins du traitement spécifique.

Les auteurs concluent que la citochol-réaction convient bien à la reconnaissance sérologique, en permettant de dépister les formes latentes impossibles à diagnostiquer par l'examen clinique seul, d'autant plus que cette réaction citochol joint, à sa technique simple et rapide, une grande sensibilité.

Bermann.

LIVRES NOUVEAUX

La Renaissance de la Médecine humorale, par Auguste Lumière, correspondant de l'Institut, correspondant de l'Académie de Médecine, 1 vol. de 202 pages. Imprimerie Léon Sézanne à Lyon, 1935.

Aucun lecteur ne peut rester indifférent devant ce petit livre. Il est transporté dans un monde nouveau où toutes les difficultés s'évanouissent, où les problèmes les plus compliqués de la physio-pathologie s'éclairent soudain d'une éblouissante clarté. On est invité à « comprendre les énigmes médicales qui restent impénétrables » sans le secours de la théorie de l'auteur. Celui-ci fait un exposé de sa doctrine, éminemment humorale, de la floculation des humeurs. La floculation devient la cause prochaine de nombre d'états pathologiques, aigus et chroniques. C'est à la floculation qu'aboutissent « les intoxications, les infections, l'anaphylaxie, les dysfonctions organiques et endocriniennes, les traumatismes, les stases, les émotions ... ». Les précipités, les floculats plasmatiques iritent les « terminaisons endo-vasculaires du sympathique, qui perd ainsi son merveilleux pouvoir de maintenir les fonctions vitales dans leur équilibre normal ». Une excitation massive et soudaine déclanche les affections aiguës ; des excitations plus discrètes et répétées aboutissent aux maladies chroniques. Les localisations de ces excitations expliquent les maladies de tel ou tel organe.

Le problème thérapeutique est donc d'ordre pathogénique : il faut prévenir, combattre, atténuer ces floculations. Auguste Lumière y est parvenu dans nombre d'affections les plus diverses.

On le voit, on ne peut que souscrire à l'opinion de l'auteur qui écrit, à la fin de ses conclusions que sa « thérapeutique humorale rationnelle et efficace, inaugure une époque médicale nouvelle ».

On ne peut faire à l'auteur qu'un reproche, c'est sa sévérité pour les doctrines différentes des siennes. Il est, il est vrai, difficile d'être tolérant quand on est sûr de posséder la vérité. Clément Simon.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX



ZONA ET LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Par A. TOURAINE,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

L'étude du liquide céphalo-rachidien au cours du zona a un double intérêt, pratique et théorique.

En clinique, la méningite zonateuse ne s'extériorise que rarement; mais les altérations du liquide sont banales. Il importe de préciser la fréquence, le moment, le caractère, l'intensité de cette « méningite silencieuse », d'en fixer la valeur pronostique selon les diverses anomalies de la maladie (zonas généralisés, paralytiques, avec algies persistantes, etc.).

Les discussions pathogéniques doivent tenir compte des réactions liquorales du zona. La méningite est-elle primitive ou secondaire à la ganglio-radiculite? L'infection parvient-elle au ganglion spinal par la voie méningée ou le long du nerf périphérique? Le liquide rachidien est-il la voie par où se propage le virus au cas de zona double ou généralisé? Ou bien la méningite n'est-elle qu'une manifestation secondaire de voisinage, accessoire, épisodique, de la ganglio-radiculite ?

L'analyse de 23 observations personnelles m'a été l'occasion de quelques recherches bibliographiques. J'ai recueilli 118 autres observations comportant une étude du liquide rachidien. Ce total de 141 cas permet d'esquisser une étude de la méningite du zona.

*
* *

L'existence d'une réaction ménagée au cours du zona a été signalée par Brissaud et Sicard, en mars 1901. Chez deux hommes, de 26 et de 40 ans, atteints d'un zona thoracique assez peu douloureux, ces auteurs avaient vu, aux 5e, 6e et 12e jours de l'éruption, de très nombreux éléments cellulaires, lymphocytes et mononucléaires, dans les frottis de culots de centrifugation du liquide rachidien prélevé par ponction lombaire.

En juillet 1901, Achard, Lœper et Laubry montrent que cette leucocytose est fréquente mais inconstante. Sur 17 cas, 9 seulement ont une légère lymphocytose, avec parfois une polynucléose jusqu'à 6 o/o. A la même séance de la Société médicale des hôpitaux, Dopter, puis Widal et L. Le Sourd disent avoir noté, eux aussi, une lymphocytose moyenne dans un cas.

Dès lors, les observations se multiplient. Ce sont, en 1902, celles de Hirtz et Salomon, d'Abadie, de Chauffard et Froin (lymphocytose durable dans trois cas avec algies persistantes), de Sicard (réaction encore accusée 10 et 13 mois après l'éruption), d'Achard et Grenet. A citer, en 1904, celles de Griffon (9 lymphocytoses sur 11 zonas), de Brandeis (4 cas), de Chauffard et Boidin (8 lymphocytoses sur 9 zonas), etc. Ces observations et d'autres sont condensées dans les études d'ensemble de Ralliou (1904), de Sicard, d'Avenier (1908), de Margarot (1910). Elles tendent à montrer la fréquence de la méningite zonateuse puisqu'on la retrouve dans 42 cas sur 53 (79,2 o/o). Cependant Rist dit ne l'avoir jamais rencontrée chez l'enfant.

La vulgarisation, vers 1912, de la cellule de Nageotte, permet, dès lors, d'apprécier plus exactement le degré de la réaction méningée, en dénombrant les leucocytes.

Parmi les travaux plus récents, ondoit signaler ceux de Kafka, de Kleefeld, de Raymond et Lot (1913), de Brown et Dujardin (1919), de Targowla (1922), d'Achard (1925), de Schönfeld (1919, 1928), de Riser (1929), de Touraine et Ph. Baumgartner (1934).

Les documents sont, aujourd'hui, assez nombreux pour permettre d'écrire ce chapitre du zona, seulement ébauché jusqu'à présent.

*
* *

I. — Les réactions méningées au cours du zona normal

D'après leur intensité, on peut distinguer trois ordres de faits.

A. — *Absence de toute réaction.*

Ne constater aucune réaction méningée, clinique ni liquorale, est une éventualité beaucoup moins rare qu'il semble ressortir des premières recherches. Elle s'est réalisée dans 5 sur 23 de mes observations personnelles (21,7 o/o), dans 33 cas sur les 141 recueillis au total (23,4 o/o), malgré que la rachicentèse ait été pratiquée au début de la maladie, entre le deuxième et le dixième jour.

Ces faits négatifs se sont observés à tout âge, dans toutes les localisations du zona (notamment 5 ophtalmiques, 8 thoraco-abdominaux, 3 cervicaux, 1 génital) et même dans le zona généralisé (deux cas de Delmas, de Laurentier sur 14).

Il s'agit presque toujours de zonas bénins, sans complications, d'évolution assez brève. Les douleurs sont en général nulles ou très modérées. Même si elles ont été quelquefois vives au début de l'éruption, elles sont éphémères et disparaissent en 2 à 5 jours. Ce fait est d'un grand intérêt pratique : l'absence de toute réaction méningée permet de penser qu'un zona ne se compliquera pas d'algies persistantes, même chez le vieillard.

Cette inconstance de la réaction méningée doit aussi faire admettre que les lésions ganglio-radiculaires ne sont pas secondaires à une méningite initiale.

B. — *Méningite zonateuse.*

Dans des cas assez rares, le zona s'accompagne d'une réaction clinique plus ou moins intense. C'est la « méningite zonateuse » d'Avenier dont les premières observations, avec examen du liquide rachidien, paraissent dues à Griffon (1903), à Chauffard et Rivet (1905), à Chauffard et Rendu (1907). Les observations récentes de Videla et Peroncini, de Dickmeiss (1932) ont appelé l'attention sur cette complication peu fréquente du zona. J'en ai recueilli 6 observations détaillées sur 141 cas de zona.

Cliniquement, elle peut se traduire par un syndrome complet de *méningite aiguë de type cérébro-spinal* (Dickmeiss) ; le fait est exceptionnel. Moins rare est la *méningite spinale* (Chauffard) avec température élevée, raideurs, contractures, signe de Kernig, exagération des réflexes. Parfois la *méningite* reste *régionale* (Chauffard et Rendu) ; un zona ophtalmique peut ne déterminer qu'une céphalée intense, des signes passagers d'hypertension cérébrale, quelquefois des crises d'épilepsie bravais-jacksonienne ; à une raideur de la nuque pourra se limiter un zona cervical (Ramond) ; on ne trouvera que rachialgie, signe de Kernig, exagération des réflexes rotuliens dans un zona lombo-abdominal (Chauffard et Rivet).

La méningite zonateuse suit, en général, de peu l'éruption. Cependant le délai habituel de 1 à 3 jours peut s'allonger jusqu'à 8 ou 10 jours et même, dans une observation de Videla, à près d'un mois. Ce long intervalle prête à discuter l'origine zonateuse d'une telle méningite tardive.

Le syndrome clinique est presque toujours bénin et passager. Il disparaît en une à deux semaines. Des complications, telles qu'une encéphalite secondaire, une hémiplégie, sont très exceptionnelles.

Dickmeiss note que, chez ses trois malades atteints de méningite, l'éruption est restée très discrète. Il admet que le virus zonateux peut même ne déterminer qu'une méningite, sans manifestation cutanée (zona sans exanthème). Le fait mériterait d'être confirmé.

Le *liquide céphalo-rachidien* est profondément altéré. Le nombre des *leucocytes* s'élève rapidement (en un jour dans le cas de Chauffard et Rendu), en même temps qu'apparaissent les signes méningés. Il atteint 200, 500 éléments et plus, par millimètre cube, à la cellule de Nageotte. Dans une méningite grave Dickmeiss a compté 7.500 leucocytes. Ce sont, en grande majorité, des lymphocytes ; les polynucléaires ne sont pas rares.

Comme en clinique, cette réaction cytologique est éphémère. On l'a vue revenir en 6 jours de 215 éléments et en 14 jours de 470 à la normale.

L'*albuminorachie* a été de 0,70 (avec 215 cellules) chez le malade de Videla et Peroncini. Elle a persisté plus longtemps que la leucocytose puisque le sixième jour, après la guérison clinique, l'albumine était encore à 0 gr. 60, alors qu'on ne comptait plus que 1,8 lymphocyte.

C. — *Méningite silencieuse.*

Dans la grande majorité des cas (72 0/0) la réaction méningée ne se traduit par aucune manifestation clinique ; mais il existe des altérations plus ou moins profondes du liquide céphalo-rachidien. Cette réaction ne peut donc être décelée que par une rachicentèse lombaire ou sous-occipitale. Sa recherche est d'un haut intérêt pratique.

Ces altérations portent surtout sur la *cytologie*, l'*albuminorachie* et la *glycorachie*. Les autres propriétés du liquide, physiques, chimiques ou biologiques, ont été, jusqu'ici, très peu étudiées.

1° **Eléments cellulaires.** — C'est souvent sur leurs seules modifications que porte l'examen du liquide rachidien. On considère que leurs variations mesurent suffisamment le degré de la réaction méningée. C'est là une erreur car l'albumino- et la glycorachie se comportent, maintes fois, autrement que la leucocytose. La disparition ou l'absence de celle-ci ne signifie pas la guérison ou l'inexistence d'une réaction méningée.

Dans la règle, il existe, au cours du zona, une *leucocytose* rachidienne dont on doit étudier les caractères.

a) *Moment d'apparition.* — Riser a signalé la possibilité d'une *réaction méningée prézostérienne.* Dans deux cas de zona intercostal et céphalique il a constaté une abondante lymphocytose deux et trois jours avant l'éruption cutanée.

Cependant, presque toujours, cette réaction est *post-zostérienne*, précoce, mais non immédiate. Le liquide est, dans la règle, normal le premier jour du zona (Raymond et Lot, etc.). La lymphocytose n'apparaît en général que le deuxième ou troisième jour et n'atteint son maximum qu'en trois à six jours (Schönfeld, Riser, Touraine et Ph. Baumgartner). Elle est donc *progressive* et *secondaire* à la ganglioradiculite. Chez un malade de Rénon et Blamoutier six ponctions lombaires ont été faites entre le deuxième et le 90e jour du zona. Celle du deuxième jour a été négative ; celle du troisième a accusé une leucocytose appréciable qui s'est élevée jusqu'au septième jour, a persisté en l'état jusqu'au 19e pour diminuer ensuite lentement.

b) *Intensité.* — J'ai réuni 106 observations, postérieures à 1912, où la numération des leucocytes a été pratiquée à la cellule de Nageotte. Neuf d'entre elles concernent des zonas anciens de plusieurs mois à quatre ans. Dans les 97 autres, utilisables ici, la ponction a été précoce, dans les douze premiers jours du zona, et surtout du quatrième au septième.

Si l'on admet, avec la grande majorité des auteurs, qu'une lymphocytose est normale quand le nombre des leucocytes reste inférieur à deux par millimètre cube, les leucocytoses pathologiques se sont réparties selon l'échelle suivante :

0 à 2 :	29 (29,9 0/0)	31 à 60 :	8 (8,2 0/0)
2 à 5 :	25 (25,7 »)	60 à 100 :	2 (2,05 »)
6 à 10 :	10 (10,3 »)	100 à 200 :	3 (3,1 »)
11 à 15 :	9 (9,2 »)	plus de 200 :	3 (3,1 »)
16 à 30 :	8 (8,2 »)		

ou bien selon l'échelle classique de Jeanselme et P. Chevallier :

0 à 2 :	29 (29,9 0/0)	7 à 15 :	14 (14,4 0/0)
2 à 4 :	18 (18,5 »)	15 à 60 :	16 (16,4 »)
4 à 7 :	12 (12,3 »)	plus de 60 :	8 (8,2 »)

La leucocytose est donc habituellement légère. Dans les 3/4 des cas, elle reste au-dessous de quinze éléments par millimètre cube.

Les chiffres extrêmes, sans signes cliniques de méningite, ont été de 107 (Rabut et Chêne), 152 (Targowla), 200 (Achard), 225 (Gadrat). Avec un syndrome méningé, Peroncini a compté 215 éléments et Dickmeiss 470.

Cette leucocytose est diffuse, le long de l'axe spinal. Elle reste de même ordre, quel que soit le siège du zona, par ponction lombaire ou sous-occipitale. L'une ou l'autre de ces voies d'accès donne la même proportion de réactions méningées dans les zonas ophtalmiques, thoraciques ou des membres.

Cependant il semble que la leucocytose puisse présenter un maximum régional, en rapport avec la localisation de l'éruption. Dans une observation personnelle de zona du pied, le liquide de la ponction lombaire renfermait 38,6 leucocytes au millimètre cube, le quatrième jour ; celui de la ponction sous-occipitale n'en contenait que 17.

c) *Formule cytologique.* — Une leucocytose faible ou modérée est constituée presque exclusivement par des *lymphocytes* de type normal. Chez un de leurs trois malades, Chauffard et Froin ont noté qu'au deuxième jour d'un zona ophtalmique les lymphocytes paraissaient plus volumineux qu'aux ponctions successives à partir du quatrième jour ; ils ont aussi remarqué quelques grandes cellules vacuolisées. Quelques éléments de type endothélial sont parfois signalés.

Une *polynucléose* modérée et éphémère peut se voir dans les tout premiers jours du zona. Assez élevée le troisième jour, dans le cas de Rénon et Blamoutier, elle avait disparu le septième. Il en est de même si la réaction méningée est intense ; elle ne dépasse pas cependant 25 pour 100 leucocytes, sauf dans un cas d'Achard où elle a atteint 40 o/o.

d) *Evolution.* — La leucocytose est *passagère* au cours du zona normal, sans complications ni séquelles douloureuses.

Dans seize observations, dont trois personnelles, des ponctions répétées en période aiguë ont permis de suivre l'évolution de la réaction méningée. Dans la grande majorité de ces cas, la leucocytose a commencé à diminuer vers le sixième ou huitième jour pour revenir à la normale en quinze à vingt jours.

Ce sont les mêmes délais que l'on note dans les observations à ponction unique. Au delà du vingtième jour, la leucocytose devient rare ; elle est exceptionnelle après le trentième ; il s'agit alors de zonas à forte réaction méningée initiale, de décroissance plus lente. Chez un malade d'Achard on comptait encore 85 leucocytes au trentième jour. C'est là un fait presque unique, en l'absence de séquelles douloureuses, car, dans l'observation d'Ensbruner, la persistance d'une forte leucocytose plus de sept mois après le début du zona pouvait s'expliquer par la syphilis nerveuse concomitante.

Dans un cas exceptionnel de Videla et Peroncini, une méningite s'est développée un mois après le début d'un zona thoracique ; il y eut une leucocytose de 215 éléments qui disparut en six jours. Le fait prête à discussion.

La réaction méningée peut persister plus longtemps au cas d'algies persistantes (Chauffard et Froin). On le verra plus loin.

2° **Albumines.** — La recherche et le dosage des albumines rachidiennes ne sont entrés qu'assez tardivement dans la pratique courante. Parmi les premiers auteurs qui les ont pratiqués au cours du zona, on doit citer Lœper (1911), Lemierre et Lantuéjoul, M. P. Weil (1918), Brown et Dujardin, Schönfeld (1919), Targowla (1922), etc.

a) *Albumines totales.* — Leur *teneur* normale dans le liquide rachidien est diversement appréciée : 0 gr. 10 par litre pour Fontecilla et Sepulveda, 0 gr. 186 pour Rathery, 0 gr. 15 à 0 gr. 25 pour Riser, 0 gr. 25 pour Mestrezat. Il est donc parfois malaisé d'apprécier si les albumines d'un liquide sont encore normales ou déjà pathologiques.

J'ai recueilli 70 observations, dont 23 personnelles, où le dosage des albumines a été pratiqué. Les chiffres trouvés ont été les suivants :

0,10-0,20 :	16 (22,9 o/o)	0,50-0,60 :	6 (8,5 o/o)
0,20-0,30 :	22 (31,4 »)	0,60-0,80 :	4 (5,7 »)
0,30-0,40 :	18 (25,7 »)	0,80-1 gr. :	1 (1,4 »)
0,40-0,50 :	2 (2,9 »)	plus de 1 gr. :	1 (1,4 »)

Il existe donc une hyper-albuminorachie dans les 3/4 des cas. Elle reste en général modérée, entre 0,25 et 0,40, et ne dépasse ce dernier taux que dans un cinquième des cas. Les chiffres extrêmes ont été de 1 gramme (Lœper) et 1 gr. 30 (Nicolas, Lebeuf et Amic).

Il existe habituellement un assez étroit *parallélisme entre la leucocytose et l'albuminorachie*, quoique Schönfeld dise celle-ci beaucoup plus rare que la première. Dans l'ensemble on peut admettre les rapports suivants :

une leucocytose	de	2 à 5	répond à	une albuminorachie de	0,20 à 0,30
»	»	5 à 10	»	»	0,25 à 0,35
»	»	10 à 30	»	»	0,30 à 0,40
»	»	30 à 60	»	»	0,40 à 0,70

Cependant une dissociation entre les albumines et les cellules est possible. Le fait est assez rare mais mérite d'être signalé.

Tantôt il se fait une *dissociation cyto-albuminique*. Il y a leucocytose avec albuminorachie normale ou faible : 12 leucocytes et 0,18

(Videla et Peroncini), 18 et 0,25 (Riser), 28 et 0,25 (Esquer), 32 et 0,25 (Riser), 53 et 0,22 (Baldenweck et Decourt), 152 et 0,35 (Targowla), etc.

Tantôt il s'établit une *dissociation albumino-cytologique*. La leucocytose reste normale ou faible alors que le taux des albumines s'élève : moins de 2 leucocytes avec 0,39 (Thomas et Burat), 0,40 (Achard, Laurentier), 1 gr. 30 (Nicolas, Lebeuf et Amic), leucocytose de 3 et 0,30 (Masselot), de 7 et 0,70 (Homburger), faible et 0,80 (Bellavitis).

Comme la leucocytose, l'albuminorachie est diffuse le long de l'axe spinal. Les chiffres que j'ai obtenus après 23 ponctions sous-occipitales sont très comparables à ceux de 57 ponctions lombaires. Leurs rapports avec le degré de la leucocytose restent les mêmes. Il peut cependant se faire une hyper-albuminorachie régionale ; dans un cas de zona du pied, j'ai trouvé 0,50 d'albumine par ponction lombaire et 0,40 par voie sous-occipitale.

L'évolution de l'albuminose n'a été recherchée, par dosages successifs, que dans six observations (Rénon et Blamoutier, Targowla, Achard, 3 cas personnels). Trois fois, le retour à la normale s'est fait en moins d'un mois : 13 jours (Targowla) 19 et 27 jours (Touraine), c'est-à-dire dans les mêmes délais que pour la leucocytose. Dans trois autres cas de zona à forte méningite initiale et à douleurs persistantes, la diminution a été plus lente : albuminose normale en trois mois (Touraine), 0,35 au 90e jour (Rénon et Blamoutier), 0,85 au 30e jour (Achard).

b) *Globuline*. — Elle n'a été que peu étudiée dans le zona. La réaction de Pandy est restée négative, à deux reprises, chez un malade de Targowla malgré une albuminose de 0,35 et une leucocytose de 152 à la première ponction. Une légère globulinose est, par contre, signalée par Marinesco, Draganesco et Chiser et par Willms. Videla et Peroncini ont obtenu des réactions de Pandy et et de Nonne positives, au moment d'une poussée clinique de méningite, avec une albuminose de 0,70 et une leucocytose de 215. Ces réactions ont disparu, en moins d'une semaine, en même temps que la leucocytose, alors que l'albuminose restait à 0,60.

3° **Sucre**. — La glycorachie a été dosée dans 20 observations, avec les résultats suivants :

o gr. 40-o gr. 60 : 8 (40 o/o)	o gr. 81-1 gr. : 2 (10 o/o)
o gr. 61-o gr. 80 : 6 (30 o/o)	plus de 1 gr. : 4 (20 o/o)

Les chiffres extrêmes ont été de 1 gr. 30 (Worms et de Lavergne, Nicolas), de 2 grammes pour Chalier. Ce dernier a insisté sur la relative fréquence de l'hyper-glycorachie, sans glycosurie ni hyperglycémie, dans les zonas avec algies persistantes. Dans un cas analogue, j'ai trouvé o gr. 72.

La glycorachie paraît donc assez commune (60 o/o des cas) ; elle devient même assez élevée dans 30 o/o des zonas. Elle reste habituellement normale dans les zonas discrets ou peu douloureux.

Cette glycorachie serait transitoire. Chez le malade de Chalier et Mlle Gaumond, elle était de 2 grammes à l'éruption des vésicules, de 1 gr. 25 à l'asséchement de celles-ci, de o gr. 60 à la cicatrisation.

La teneur en sucre est souvent parallèle à la leucocytose. De 0,40 à 0,60 elle répond, en général, à une leucocytose de 1 à 5 éléments, de 0,60 à 0,80 à une leucocytose de 5 à 15, au-dessus de 0,80 à une leucocytose de 15 à 60. Cependant le sucre peut rester au-dessous de 0,60 avec une leucocytose de plus de 15 (Rénon et Blamoutier, Riser, etc.) ; il y a dissociation cyto-glycorachique. A l'inverse, chez un malade de Thomas et Burat, le sucre était à 0,73 alors que la lymphocytose n'était que de 1,2.

Dans l'ensemble encore, et d'après 17 observations, sucre et albumine conservent certains rapports. A faible glycorachie répond, en général, une teneur faible en albumine. Mais ces rapports sont moins étroits que les précédents : on peut trouver une dose élevée de sucre avec une albuminose de 0,20 à 0,30 (Touraine et Golé).

4° **Chlorures.** — Ils ont été rarement dosés. Chez le malade de Morel, Tapie et Laborde, ils étaient à 6 gr. 43, tous autres éléments du liquide restant normaux. Chez celui de Thomas et Burat, on trouva 6 gr. 32 avec une leucocytose de 1,2, une albuminose de o gr. 39 et une glycorachie de o gr. 73. Par rapport au taux normal de 7 grammes-7 gr. 3, il pourrait exister une hypo-chlorurorachie au cours du zona. La question reste à étudier, d'autant que Melnotte a trouvé 7 gr. 5 de chlorures, sans aucune autre modification du liquide.

5° **Autres altérations du liquide rachidien.** — Leur recherche, très peu poussée jusqu'ici, reste toujours négative.

a) *Caractères physiques.* — Ils ne se modifient qu'au cas de méningite très caractérisée. La *pression* peut s'élever et le liquide couler en jet. Ensbruner a vu cette pression s'élever à 150 centimètres cubes le 4e jour d'un zona avec très forte réaction cytologique, revenir à 80 le 10e jour, à 60 le 17e jour, en même temps que la leucocytose s'amendait.

La *couleur* du liquide reste normale. Elle peut devenir légèrement trouble, d'un gris très pâle dans les cas exceptionnels où la leucocytose dépasse plusieurs centaines d'éléments.

Le *point cryoscopique* a été fixé à 0°56, par Brissaud et Sicard, dans un cas à forte leucocytose.

b) *Equilibre colloïdal.* — Il n'est pas altéré au cours du zona. La *réaction au benjoin colloïdal* reste négative, d'après Guillain, Laroche et Léchelle, même s'il existe une réaction méningée avec hyperalbuminose et lymphocytose. Le fait a été confirmé par Jeanselme, Lortat-Jacob et Baudouin, par Delmas. Chez un malade de Targowla cette réaction s'est rapprochée du type méningitique, ce qui ne serait pas rare (Guillain).

La *réaction de Wassermann* n'est pas influencée par le zona. Elle est restée négative dans 34 observations dont 22 personnelles. Elle n'a été que rarement plus ou moins positive (Louste, Lévy-Franckel et Triau ; Willms ; Ensbruner) ; ces derniers cas faisaient, par ailleurs, leur preuve de syphilis. Chez un malade de Laignel-Lavastine, Boquien et Puymartin, paralytique général impaludé, la survenue d'un zona après le neuvième accès de fièvre n'a entraîné qu'une légère diminution de la lymphocytose et de l'albuminose.

c) *Recherches bactériologiques.* — Les divers *microbes*, cocci, cocco-bacilles et bacilles qui ont été trouvés dans le liquide rachidien n'ont pas vu leur rôle confirmé ni par les examens ultérieurs ni par l'expérimention.

L'*inoculation* du liquide à l'animal de laboratoire est toujours restée sans succès. Avec dix liquides différents ou leur culot de centrifugation, M. Bloch et Terris ont inoculé, sans résultat, la cornée ou la chambre antérieure du lapin. Il en a été de même après injection de liquide dans la cavité rachidienne de l'animal.

II. — Les réactions méningées dans les diverses formes du zona

Il n'est pas sans intérêt de rechercher si la réaction méningée est influencée par les conditions qui impriment au zona un caractère clinique spécial.

A. — *Suivant l'âge du sujet.*

1° **Enfant.** — Le zona n'est pas rare chez l'enfant (Comby). Il se caractérise par sa relative indolence, sa bénignité habituelle, l'absence de séquelles. Cependant, à en juger par les observations publiées (Bonaba et Valabrega ; Comby et Mlle Condat ; Aviragnet, Huber et Dayras ; Dickmeiss ; etc.), les altérations du liquide rachidien sont très comparables à celles que l'on observe chez l'adulte. La leucocytose varie de 2 à 150 éléments et plus.

Chez deux malades de Dickmeiss, âgés de 2 et de 5 ans, un zona discret a été précédé par un syndrome méningé passager ; la leucocytose s'est élevée à 470 et à 7.500, le liquide restant stérile.

2° **Vieillard.** — La leucocytose est souvent plus élevée chez lui que chez l'adulte. Des chiffres supérieurs à 50 ne sont pas rares (Baldenweck et Decourt ; Rabut et Chêne ; Dickmeiss ; etc.). Ces fortes leucocytoses sont surtout le fait des zonas anormaux, fréquents à cet âge (avec paralysies ou algies persistantes). Les zonas sans complications se comportent, cytologiquement, chez le vieillard comme chez l'adulte.

B. — *Suivant la topographie du zona.*

1° **Zonas typiques.** — La topographie de l'éruption cutanée est sans influence. On retrouve sensiblement les mêmes proportions de réactions méningées nulles, faibles, moyennes, fortes ou intenses dans les diverses localisations : ophtalmique, cervicale, intercostale, lombo-abdominale, génitale, des membres.

Il semble cependant que la leucocytose puisse présenter une cer-

taine prédominance régionale, dans la zone ganglio radiculaire intéressée. J'ai signalé le cas d'un zona du pied où la leucocytose était plus forte en ponction lombaire (38,6 éléments) qu'en sous-occipitale (17 éléments) ; l'albuminorachie ne présentait que peu de différence (0,50 en région lombaire, 0,40 près du bulbe).

2° **Zonas doubles.** — Dans trois cas seulement, il y eut examen du liquide rachidien. La réaction fut modérée dans les deux premiers, forte dans le troisième : 6,2 leucocytes le 11e jour, 2,6 le 21e jour dans un zona de l'hémithorax gauche et de la cuisse droite chez un enfant de 7 ans et demi (Comby et Mlle Condat) ; 5 lymphocytes et 0,20 d'albumine dans un zona de l'avant-bras gauche, puis de la jambe droite, enfin généralisé (Dargein, Oudard et Pervès) ; 33 lymphocytes et 0,40 d'albumine au sixième jour d'un zona ophtalmique gauche suivi, trois jours plus tard, d'un zona lacrymal droit (Touraine et Ph. Baumgartner).

3° **Zonas généralisés.** — L'examen du liquide rachidien y est d'un grand intérêt pathogénique. On peut se demander si la dissémination des vésicules est due à une atteinte légère mais diffuse des divers secteurs ganglio-radiculaires par la voie méningée, ou bien si elle relève d'une infection par voie sanguine, comme dans la varicelle.

Quatorze observations récentes offrent, sur ce point, des renseignements plus ou moins complets.

La *leucocytose* n'est pas plus élevée dans les zonas dits généralisés que dans les zonas typiques. Les mêmes proportions de leucocytose nulle, faible, moyenne ou intense se retrouvent sensiblement dans les deux cas :

	Zonas			Zonas	
Leucocytose	généralisés	localisés	Leucocytose	généralisés	localisés
—	—	—	—	—	—
0-1	21,4 0/0	29,9 0/0	31-60	14,3 0/0	8,2 0/0
2-5	21,4 »	25,7 »	61-100	0 »	2,05 »
6-10	14,3 »	10,3 »	101-200	7,2 »	3,1 »
11-15	7,2 »	9,2 »	plus de 200	7,2 »	3,1 »
16-30	14,3 »	8,2 »			

Le chiffre extrême a été de 2.064, dans une observation d'Ens-

bruner, contestable car le malade présentait, en outre, une syphilis nerveuse et une tuberculose pulmonaire évolutive.

Dans une observation de Masselot, un zona intercostal fut suivi d'une éruption généralisée puis d'une deuxième poussée de zona. La leucocytose ne fut que de 3, avec 0,30 d'albumine.

L'*albuminorachie*, dosée chez 11 malades, a été normale ou peu élevée dans la majorité des cas : 3 de 0,10 à 0,20, 4 de 0,21 à 0,30, 2 de 0,31 à 0,40, 1 à 0,56 (Troisier et Delalande, avec forte lymphocytose), 1 à 1 gr. 30 (Nicolas, avec lymphocytose normale). Zonas localisés et généralisés se comportent de même :

	Zonas			Zonas	
Albumine	généralisés	localisés	Albumine	généralisés	localisés
—	—	—	—	—	—
0,10-0,10	27,2 0/0	22,9 0/0	0,41-0,60	9 0/0	11,4 0/0
0,21-0,30	36,3 »	31,4 »	plus de 0,60	9 »	8,5 »
0,31-0,40	18,2 »	25,7			

Enfin la *glycorachie*, mesurée dans cinq observations, a été deux fois normale, à moins de 0,60, une fois à 0,72, deux fois à plus de 0,80 (Ensbruner : 0,85 avec réserves sur la méningite du malade ; Rabut et Chêne : 0,86). Elle n'est donc pas plus élevée que dans les zonas localisés.

Tous ces faits sont des arguments pour éliminer la voie méningée comme véhicule de propagation du virus zonateux dans les zonas dits généralisés. Ils cadrent mieux avec l'origine sanguine d'une telle dissémination. Je pense que ces cas de zona varicelleux ou de varicelle zonateuse sont dus à la propagation du même virus à la fois par la voie nerveuse ascendante (zona) et par la voie sanguine (éruption varicelleuse).

4° **Zonas récidivants.** — Ils sont exceptionnels. Dans le cas de Hirtz et Salomon, où deux zonas typiques survinrent dans la même année, il se fit, chaque fois, une leucocytose rachidienne manifeste.

C. — *Suivant les symptômes du zona.*

1° **Eruption cutanée.** — Son *intensité* est souvent parallèle à celle de la réaction méningée. En règle générale, à zona discret

faible lymphocytose, à zona étendu leucocytose plus forte. Mais les exceptions sont nombreuses ; un zona à jeu cutané réduit peut donner une réaction méningée importante. Dickmeiss a insisté sur ce fait.

Les *complications locales* (hémorragies, gangrène, etc.), plus fréquentes chez le vieillard, ne paraissent pas déterminer une leucocytose rachidienne plus marquée.

2° **Douleurs.** — Il existe, dans l'ensemble, un parallélisme étroit entre l'importance des douleurs et celle de la réaction méningée. Cette notion s'appuie sur 50 observations.

a) *Douleurs précoces et passagères.* — Ces douleurs sont d'intensité très variable. Mais elles s'atténuent assez rapidement, surtout si elles ont été très légères au début du zona. Elles disparaissent, en général, en quatre à six jours, au plus tard en trois ou quatre semaines. J'en réunis 34 observations, recrutées à tous âges de la vie, avec tous sièges de l'éruption.

De tels zonas, à douleurs passagères, n'ont presque toujours qu'une lymphocytose faible ou normale. Achard a signalé cette particularité dès 1902. Il y a des zonas bénins à la fois par leurs symptômes subjectifs et par leur réaction méningée. Avec Ph. Baumgartner, j'ai attiré, à nouveau, l'attention sur ce fait.

C'est ainsi que, dans quatre cas, les douleurs sont signalées comme *nulles* ou *minimes*. Dans trois d'entre eux, la leucocytose est normale, à moins de deux éléments ; dans le quatrième elle est de 2,6. L'albumine reste dans les limites physiologiques.

Neuf autres zonateux n'accusent que des douleurs *légères et passagères*. On compte quatre leucocytoses normales, trois de deux à quatre éléments, deux de quatre à sept.

Dans dix cas, les douleurs ont été *d'intensité moyenne mais passagères*. On trouve quatre leucocytoses de moins de deux éléments, une de 2 à 5, trois de 5 à 10, une avec 38,6 éléments, et 0,50 d'albumine (Touraine), une avec 85 éléments et 0,60 d'albumine (Achard).

Enfin onze zonas se sont accompagnés de douleurs *vives mais passagères*, qui se sont amendées en une vingtaine de jours au plus. Six ont eu une leucocytose normale, un de 2 à 5 éléments, deux de 5 à 10, deux de 10 à 15.

Dans l'ensemble, les zonas à douleurs passagères ont une leucocytose normale dans 50 o/o des cas, de deux à cinq éléments dans 17,6 o/o, de cinq à dix dans 20,6 o/o, de dix à quinze dans 6 o/o, de plus de quinze dans 6 o/o.

b) Douleurs persistantes. — Ces algies, particulièrement fréquentes chez les sujets âgés, peuvent durer plusieurs années et s'observent toujours après des zonas très douloureux dès le début.

Dès 1902, Chauffard et Froin avaient signalé que, chez trois malades à algies persistantes, la forte lymphocytose rachidienne du début s'était maintenue très active dans deux cas pendant quinze, vingt et trente jours, atténuée dans le troisième pendant six mois et demi. « La persistance de la lymphocytose rachidienne dans le zona, disaient-ils, peut ainsi devenir un élément précieux de pronostic ».

Le fait a été confirmé par Achard, Sicard, Rénon et Blamoutier, Touraine et Ph. Baumgartner. J'ai réuni seize observations, dont cinq personnelles, où des algies très pénibles ont duré au moins un mois, le plus souvent trois à six mois, parfois deux ans et plus.

Dès le début de ces zonas douloureux, il existe une *réaction méningée*, toujours nette, souvent très élevée. Le liquide n'est jamais normal pendant la poussée cutanée. Sur ces seize cas, deux seulement présentaient une leucytose de cinq éléments (Touraine et Golé, Dargein). Trois autres avaient de 5 à 10 lymphocytes, un de 10 à 15, trois de 15 à 30, quatre de 30 à 60, trois de plus de 60. Il y eut leucocytose légère dans 31 o/o, moyenne (de 10 à 30) dans 25 o/o, forte dans 44 o/o.

On devra donc se défier des séquelles douloureuses lorsqu'il existe, dès le premier jour du zona, une leucocytose rachidienne un peu élevée.

Cette *réaction méningée* est non seulement précoce mais encore *durable*, beaucoup plus qu'après les zonas à douleurs passagères.

Elle reste habituellement très active pendant vingt à quarante jours après le début de l'éruption (Chauffard et Froin ; Achard, Schönfeld ; Louste, Lévy-Franckel et Triau ; Touraine et Ph. Baumgartner, etc.). Elle ne diminue que lentement et ne disparaît en général qu'en trois à quatre mois (Lépine et Gardère ; Jeanselme, Lortat-Jacob et Beaudoin ; Touraine). On l'a d'ailleurs vue persister plus longtemps, toujours alors très atténuée : six mois et demi

(Chauffard et Froin), dix et treize mois (Sicard), deux ans (Touraine et Golé).

Ces réactions très tardives ont été discutées par Schönfeld. Celui-ci pense qu'elles sont dues, non pas au zona, mais à une autre affection telle que la syphilis, susceptible de déterminer par elle-même une méningite. Dans une observation personnelle, je n'ai rien trouvé qui me permît un autre diagnostic que celui d'algies persistantes du zona.

Les zonas restés douloureux ont donc une leucocytose rachidienne élevée, précoce et durable. Cette leucocytose ne s'atténue que lentement, à mesure que les douleurs diminuent. Mais celles-ci peuvent persister alors que toute réaction méningée a disparu ; les lésions des centres nerveux, devenues chroniques, ne retentissent plus sur le liquide spinal.

3° **Paralysies.** — Les zonas paralytiques sont assez rares. Je n'en ai retrouvé que neuf observations où le liquide rachidien ait été analysé, dont sept au début du zona.

Dans tous ces sept cas, il y eut lymphocytose notable (Bellavitis), de 10 éléments (Boulin), de 15 (Worms et de Lavergne), de 16,5 (Touraine et Golé), de 39 (Louste, Lévy-Franckel et Triau, chez un syphilitique), de 61 (Dickmeiss), de 114 (Claude et Schaeffer). L'albuminose était augmentée de façon parallèle, entre 0,30 et 0,80. Quatre concernaient des paralysies faciales, trois des paralysies du bras, deux des paralysies de la jambe.

Cette leucocytose est transitoire. Elle avait disparu dès le troisième mois chez le malade de Worster-Drought et Mac Menemey. Il en était de même, au sixième mois, dans le cas assez spécial de Paulian, Demetrescu et Cardas, où une paralysie de la jambe gauche survint six mois après un zona thoracique et où il existait une arachnoïdite assez épaisse pour bloquer le lipiodol.

*
* *

La méningite du zona est donc fréquente mais inconstante. Elle paraît ne constituer qu'une réaction secondaire, de retentissement local, postérieure à la ganglio-radiculite, proportionnelle à l'importance de celle-ci et à l'intensité de l'éruption cutanée.

Elle se caractérise essentiellement par une lymphocytose, une albuminose et une glycorachie qui évoluent, en général, parallèlement mais peuvent se dissocier.

Cette réaction ne s'extériorise que rarement en clinique. Presque toujours, c'est une méningite silencieuse.

L'âge du sujet, les modalités de l'éruption, son siège, ses anomalies (zonas doubles, généralisés, etc.), ne semblent pas exercer d'influence spéciale sur le liquide rachidien.

La réaction méningée est passagère et disparaît en quinze à vingt jours. Elle ne devient plus durable qu'au cas d'algies persistantes ; elle acquiert alors une certaine valeur pronostique.

Ces faits donnent à penser que le liquide rachidien n'est pas la voie d'arrivée du virus zonateux à son territoire nerveux, non plus que de sa dissémination au cas de zona double ou généralisé.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie. — *Réun. Biolog. Bordeaux,* 13 juillet 1902.
Achard (Ch.). — *Soc. méd. Hôpit. Paris,* 26 juillet 1901, 5 décembre 1902, 29 novembre 1907 ; *Paris Médical,* 23 février, 29 mars, 10 et 31 mai 1924, nos 8, 13, 19, 22 ; *Zona et Herpès,* Baillière, Paris, 1925.
Achard et Grenet. — *Soc. méd. Hôpit. Paris,* 5 décembre 1902.
Achard et Lœper. — *Soc. méd. Hôpit. Paris,* 15 mars 1901, p. 264.
Achard, Lœper et Laubry. — *Soc. méd. Hôpit. Paris,* 26 juillet 1901, p. 985.
Avenier. — La méningite zonateuse. *Thèse,* Paris, 1908.
Aviragnet, Huber et Dayras. — *Soc. méd. Hôpit. Paris,* 6 février 1925, p. 185.
Baldenweck et Decourt. — *Soc. méd. Hôpit. Paris,* 19 juin 1931, p. 1144.
Bellavitis (C.). — *Riv. Neur.,* **4,** 1931, p. 337 ; *Zentralbl. f. H. u. Geschlechtskr.,* **41,** 1/2, 20 mai 1932, p. 82.
Bloch (M.) et Terris (E.). — *Soc. de Biologie,* 24 mai 1924.
Bloch (M.) et Vernes (A.). — *Soc. de Biologie,* 18-25 octobre 1913.
Bonaba et Valabrega. — *Arch. Lat. Americ. de Pediatria,* novembre-décembre 1916.
Boulin (R.). — *Rev. de Médecine,* 1927, n° 8, p. 1029.
Brandeis. — *Soc. de Biologie,* 23 avril 1904.

Brissaud et Sicard. — *Soc. méd. Hôpit. Paris,* 15 mars 1901, p. 261.
Brown (W.) et Dujardin (B.). — *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie,* R. **21**, 1920, p. 64.
Chalier et Gaumond (Mlle). — *Lyon Médical,* 13 novembre 1927 ; *Soc. méd. Hôpit. Lyon,* 14 juin 1927.
Chauffard (A.) et Froin (G.). — *Soc. méd. Hôpit. Paris,* 21 novembre 1902, p. 994.
Chauffard et Rendu. — *Soc. méd. Hôpit. Paris,* 8 février 1907.
Chauffard et Rivet. — *Soc. méd. Hôpit. Paris,* 2 juin 1905.
Claude (H.) et Schaeffer (H.). — *Presse Médicale,* 27 mai 1911, n° 42, p. 437.
Colrat (A.). — *Revue d'Otologie,* **8**, 1930, p. 449.
Comby (J.). — *Tr. des Mal. de l'enfance,* 6e édit., 1920, p. 845 ; *Soc. méd. Hôpit. Paris,* 20 novembre 1891 ; *Arch. de médec. des Enfants,* **21**, 1918, p. 253 ; *Soc. méd. Hôpit. Paris,* 30 juin 1922, p. 992.
Dargein, Oudard et Pervès. — *Soc. méd. Hôpit. Paris,* 8 juin 1923, p. 847.
Delmas. — *Soc. fr. Dermat. et Syphiligr.,* 11 février 1926, p. 136.
Dickmeiss (P.). — *Acta psychiatr.* (Copenhague), **7**, 1932, p. 63 ; *Zentralbl. f. Haut. u. Geschlechtskr.,* **43**, 1/2, 5 décembre 1932, p. 56.
Dopter (Ch.). — *Soc. méd. Hôpit. Paris,* 19 juillet 1901, p. 948.
Ensbruner (G.). — *Dermat. Wochenschr.,* **92**, 10 mars 1934, n° 10, p. 301.
Esquer (G. A.). — *Soc. méd. Hôpit. Paris,* 1er juin 1928, p. 953.
Faure-Beaulieu et Lhermitte. — *Soc. de Neurologie,* 30 mai 1929.
Favre et Dechaume. — *Lyon Médical,* **147**, 26 avril 1931, n° 17, p. 553.
Fischer (A.). — *Journ. of Pediatr.,* **2**, 1933, p. 301.
Follet et Sacquépée. — *Soc. méd. Hôpit. Paris,* 13 juin 1902, p. 572.
Fontecilla et Sepulveda. — *Le liq. céphalo-rachidien,* Maloine, 1921, p. 132.
Gadrat (J.). — *Soc. fr. Dermat. et Syphil.,* 9 juin 1932, p. 740.
Gaté (J.). — *Réun. dermat. Lyon,* 28 mai 1931 ; *Bull. Soc. fr. Derm. et Syphil.,* 1931, p. 1025.
Gaté (J.) et Giraud. — *Soc. méd. Hôpit. Paris,* 20 juin 1930, p. 1123.
Gismondi. — *Prat. pediatr.,* **4**, 1927, p. 323.
Griffon. — *Soc. anatom. Paris,* 12 février 1904.
Guillain, Laroche et Léchelle. — *Soc. de Biologie,* 4 décembre 1920.
Hirtz (E.) et Salomon. — *Soc. méd. Hôpit. Paris,* 7 mars 1902.
Homburger (P.). — *Soc. méd. Hôpit. Paris,* 9 mai 1930, p. 791.
Hruszek (H.). — *Dermatol. Wochenschr.,* **92**, 28 avril 1934, n° 17, p. 515.
Jacquet (P.) et Bariéty (M.). — *Soc. méd. Hôpit. Paris,* 12 novembre 1926, p. 1561.
Jeanselme et Bloch (M.). — *Soc. méd. Hôpit. Paris,* 26 janvier 1923, p. 131.
Jeanselme et Chevallier (P.). — *Rev. de Médecine,* 1912, nos 5, 6, 7, p. 545.
Jeanselme, Lortat-Jacob et Baudouin (E.). — *Soc. méd. Hôpit. Paris,* 28 juillet 1922, p. 1300.
Kafka (V.). — *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr.,* R. **6**, 1913, pp. 321, 449.
Kleefeld. — *Dermatol. Wochenschr.,* **59**, 1914, p. 1102.

Laignel-Lavastine, Boquien et Puymartin. — *Ann. méd.-psychol.*, **90**, janvier 1932, p. 77.
Laurentier (Ch.). — *Ann. de Dermat. et Syphil.*, [6], **6**, février 1925, p. 134.
Lemierre (A.) et Lantuéjoul (P.). — *Soc. méd. Hôpit. Paris*, 8 novembre 1918, p. 1005.
Lépine et Gardère. — *Journ. de Médec. de Lyon*, 5 juin 1922.
Lhermitte (J.). — *Semaine médic. Hôpit. Paris*, 15 juillet 1930, p. 391.
Lœper (M.). — *Le Progrès médical*, 1911, n° 30, p. 365.
Louste, Lévy-Franckel et Triau. — *Soc. fr. Dermat. et Syphil.*, 14 novembre 1929, p. 1047.
Margarot (P.). — *Thèse*, Montpellier, 1910 ; *Gaz. médic. Montpellier*, **2**, 10 mars 1933, n° 33, p. 681.
Marinesco (G.). — *Ann. de Dermat. et Syphil.*, [7], **2**, juin 1931, n° 6, p. 641.
Marinesco et Draganesco (St.). — *Presse Médicale*, 20 août 1927, n° 67, p. 1025.
Marinesco, Draganesco et Chiser (St.). — *Soc. méd. Hôpit. Paris*, 13 novembre 1931, p. 1735.
Masselot (F.). — *Soc. méd. Hôpit. Paris*, 21 février 1930, p. 294.
Melnotte (P.). — *Soc. fr. Dermat. et Syphil.*, 13 novembre 1932, p. 1527.
Mestrezat (W.). — *Thèse*, Montpellier, 1910.
Morel (Ch.), Tapie (J.) et Laborde (H.). — *Soc. méd. Hôpit. Paris*, 23 mars 1923.
Nicolas (J.), Lebeuf (F.) et Amic. — *Réun. dermat. Lyon*, 28 mai 1931 ; *Bullet. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1931, p. 1024.
Paulian (D.), Demetrescu (J. R.) et Cardas. — *Soc. méd. Hôpit. Paris*, 16 février 1934, p. 255.
Pautrier et Simon (Clément). — *Soc. méd. Hôpit. Paris*, 22 novembre 1907.
Queyrat et Feuillié (E.). — *Soc. méd. Hôpit. Paris*, 8 juin 1906.
Rabut et Chêne. — *Soc. fr. Dermat. et Syphil.*, 12 juillet 1928, p. 532.
Ralliou (L.). — *Thèse*, Paris, 1904.
Ravaut (P.). — *Nouv. Tr. de Médecine*, II, p. 393, 2e édit., Masson, 1928.
Raymond et Lot. — *Soc. méd. Hôpit. Paris*, 24 octobre 1913, p. 411.
Rénon (L.) et Blamoutier. — *Soc. méd. Hôpit. Paris*, 28 janvier 1921, p. 65.
Riser. — *Le liq. céph.-rachid.*, p. 228, Masson, Paris, 1929.
Rist (E.). — *La Pratique dermatologique*, **4**, p. 919.
Roger (H.). — *Gaz. des Hôpit.*, 17 février 1923, n° 14, p. 222.
Schönfeld (W.). — *Arch. f. Derm. u. Syph.*, **150**, 28 février 1926, p. 16 ; *Handb. f. Haut u. Geschlechtskr.*, de Jadassohn, **17**, Ire Partie, p. 30, Springer, Berlin, 1928.
Sicard. — *Le liq. céph.-rachid.*, collect. Léauté, p. 182.
Targowla (R.). — *Paris Médical*, 25 novembre 1922, n° 47, p. 480.
Thomas (A.). — *Soc. de Neurologie*, 11 avril, 6 juin 1907.
Thomas (A.) et Burat (J. B.). — *Paris Médical*, 1931, p. 600.
Touraine (A.) et Baumgartner (Ph.). — *Soc. fr. Dermat. et Syphil.*, 17 mai 1934, p. 736 ; 8 novembre 1934, p. 1704.
Touraine (A.) et Golé (L.). — *Soc. fr. Dermat. et Syphil.*, 9 juin 1932, p. 652 ; 15 juin 1933, p. 837.

TROISIER (J.) et DELALANDE. — *Soc. méd. Hôpit. Paris*, 29 mai 1925, p. 808.
VIDELA (C.) et PERONCINI (J.). — *Semana med.*, **1**, 1931, p. 1242 ; *Zentralbl. f. Haut. u. Geschlechtskr.*, **40**, 1/2, 20 février 1932, p. 70.
WIDAL (F.) et LE SOURD (L.). — *Soc. méd. Hôpit. Paris*, 26 juillet 1901, p. 997.
WILLMS. — *Zentralbl. f. Haut. u. Geschlechtskr.*, **40**, 9/10, 20 avril 1932, p. 584.
WORMS (G.) et DE LAVERGNE. — *Paris Médical*, 10 juin 1922, n° 23, p. 481.
WORSTER-DROUGHT (C.) et MAC MENEMEY (W.). — *Journ. of Neurol.*, **14**, 1933, p. 52 ; *Zentralbl. f. Haut. u. Geschlechtskr.*, **47**, 20 février 1934, n° 6, p. 319.

UNE NOUVELLE MÉTHODE D'ANALYSE ET DE TRAITEMENT DES ÉTATS ALLERGIQUES EN DERMATOLOGIE LA SUBSTANCE URINAIRE D'ORIEL

Par M. Jacques CHARPY
(Travail du Service de Dermato-Syphiligraphie de l'Antiquaille : M. J. Gaté)

Allergie : « Action autre » ou, si l'on préfère, « réaction autre ». Tel est le sens étymologique du mot, que créa Von Pirquet en 1906. Et, comme le fait remarquer Darier après Doerr, la réaction peut être autre, soit par son intensité en plus ou en moins, soit par son seuil, soit enfin dans son délai d'apparition.

Ainsi entendue dans sa signification la plus générale, l'allergie, qu'elle ose dire son nom, ou qu'on la présente sous des vocables à intentions pathogéniques discutables, est rencontrée partout en médecine humaine : tantôt elle crée, à elle seule, la manifestation morbide, tantôt — et cela est plus fréquent — elle accompagne de ses variations un syndrome clinique dû à une toute autre étiologie. On comprend aisément, qu'en l'imperfection actuelle de nos moyens de recherche, l'étude des états allergiques se soit surtout adressée au cas particulier de l'*hypersensibilité*, qui n'est qu'une modalité de l'allergie, spécialement expressive, et assez fréquemment pure en clinique ; mais cela n'excuse pas une tendance, devenue habituelle, et, à notre sens, regrettable, à confondre les deux termes. Même dans ce domaine déjà restrictif de l'hypersensibilité, des progrès n'ont pu être acquis que par la juxtaposition patiente et répétée de cas d'espèces où la connaissance *à priori* de certains facteurs évidents réduisait la complexité du problème. L'accumulation d'un nombre considérable d'observations, dans lesquelles la preuve de la sensibilisation était possible, a montré que les syndromes cliniques les plus variés pouvaient dans certains cas se

réclamer de cette pathogénie. Ainsi se sont devinées, puis affirmées progressivement l'ampleur et la diversité de la maladie allergique. Mais nous ne connaissons pas encore de moyen qui nous permette devant tel syndrome clinique, de prouver qu'il est déterminé par un processus de sensibilisation ou par tout autre : *il n'existe pas actuellement de méthode de dépistage de l'allergie.*

Des travaux récents nous annoncent peut-être l'apparition prochaine d'une telle méthode ; nous disons peut-être, et ce mot exprime à la fois tous nos espoirs et la prudence qui doit être de mise en l'état actuel des recherches : deux auteurs anglais Oriel et Barber, dans différents articles parus depuis 1928, ont avancé, que les manifestations allergiques s'accompagnaient de l'excrétion urinaire d'un produit isolable, doué de propriétés antigéniques spécifiques ; *on trouverait donc dans l'urine la signature de l'allergie.* Ces travaux, très discutés en Angleterre au moment de leur apparition, ont suscité à Lyon différentes recherches de contrôle : les premiers résultats lyonnais ont été publiés par Savy et Thiers ; Gaté, Thiers, Cuilleret et nous-même, à la Société de Dermatologie et à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon. Nous avons eu la bonne fortune d'être associé à ces travaux, dont l'inspirateur direct est H. Thiers, et nous avons pu réunir dans un ouvrage récent (1) trente-huit observations de malades chez qui la substance urinaire avait été recherchée et expérimentée. Nous nous proposons ici d'exposer ce qu'est la substance d'Oriel et d'envisager, en nous plaçant au point de vue de la Dermato-Syphiligraphie, quel peut être dans l'avenir son intérêt pour le diagnostic et le traitement des phénomènes allergiques.

Les urines des malades allergiques renfermeraient un corps spécifique isolable, auquel on a donné le nom de « *protéose* » d'Oriel ou « *substance P.* ».

Comment extraire cette substance ? Deux conditions sont indispensables : l'excrétion de la « protéose » étant transitoire, il faut s'adresser aux urines émises pendant le paroxysme pathologique, depuis le début de ce paroxysme jusqu'à sa fin : c'est là une condition primordiale. Quand l'allergie ne se manifeste pas d'une manière paroxystique on recueillera les urines de 24 heures.

(1) J. Charpy : La substance d'Oriel dans les maladies allergiques (Dermatoses en particulier). — *Th. de Lyon.* 1933-1934.

Deuxième condition : les urines doivent être stériles ; on les recueillera dans un récipient contenant du chloroforme ; on rejettera celles qui sont devenues alcalines par fermentation, ou celles qui sont riches en coli-bacilles et qui peuvent donner des réactions cutanées, indépendamment de tous phénomènes allergiques.

Le point de départ de l'extraction proprement dite est « *l'éther-réaction* » *d'Oriel* : celle-ci présente des analogies certaines avec une réaction, décrite autrefois, oubliée depuis, dite de Jacquemet et Labattu et qui figure, sans applications précises, dans les vieux manuels d'analyse chimique urinaire. Nous ne décrirons pas ici la technique exacte des auteurs anglais : on pourra la retrouver dans les *Comptes-rendus du* 1er *Congrès International de l'Asthme* (1932), ou dans le numéro de *The Lancet* du 19 août 1933. H. Thiers, dans le *Bulletin de la Société Française de Dermatologie* (*Réunion de Lyon* : 29 juin 1933, page 1233) a proposé une *méthode d'extraction modifiée*, qui a l'avantage de fournir un produit plus pur, à pouvoir antigénique intact. Le principe de la technique de Thiers est le suivant : extraction par l'éther en milieu acide ; évaporation de l'éther à la température du Laboratoire ; précipitation de la substance par l'alcool au pH rose de la phénolphtaléine ;

Voici les détails de cette technique :

1° Un volume V d'urine est acidifié avec de l'acide sulfurique à 25 o/o jusqu'à ce que le papier au Rouge Congo vire au bleu. On le secoue violemment avec un volume environ $\frac{V}{2}$ d'éther et on laisse reposer au moins 1 heure dans une grosse ampoule à décantation ;

2° On obtient un liquide inférieur, formé par de l'urine acide et un liquide supérieur, formé par de l'éther contenant du mucus visqueux : tantôt le mucus est uniformément réparti dans l'éther, tantôt il tend à s'en séparer spontanément. Dans tous les cas, on élimine la couche inférieure formée par l'urine acide ;

3° On fait passer la couche supérieure (éther + mucus) dans une capsule de porcelaine et on laisse l'éther s'évaporer complètement à l'abri de la poussière. On obtient un liquide jaune, acide, trouble, contenant des placards brunâtres et friables, formés par du mucus. On les élimine par une centrifugation très courte, car on n'a pas intérêt à obtenir un liquide limpide ;

4° On précipite le volume N de liquide ainsi obtenu par un volume 4N d'alcool à 95°. A ce moment, on verse une goutte de phénolphtaléine, puis de la soude concentrée, de façon que, si on versait une

goutte de plus de soude le liquide serait franchement rose (il est facile de constater que tant que le milieu est acide, l'adjonction d'une goutte de soude provoque un floculat abondant) ;

5° Après environ 10 minutes, on filtre sur papier filtre ordinaire, monté sur un Büchner et une fiole à vide, le liquide précédent. Le précipité reste sur le filtre et on le lave 3 fois avec de l'alcool à 95° jusqu'à neutralité de l'alcool de lavage ;

6° On fait sécher à l'étuve à 37° et la substance blanche qui tapisse le filtre est recueillie dans un tube scellé ;

7° Cette poudre est entièrement soluble dans une solution de composition :

PO^4KH^2	3 gr. 63
PO^4NA^2	14 gr. 31
NaCl	50 gr.
Eau	q. s. p. 1.000 cc.

S'il reste des petits flocons en suspension, les éliminer par centrifugation.

Répartir la solution en ampoules de 1 centimètre cube que l'on stérilisera par tyndallisation ou dont on vérifiera purement et simplement la stérilité par culture. Si on prend en effet, quelques précautions élémentaires (instruments propres, se mettre à l'abri des poussières), la substance ainsi obtenue est toujours stérile. Il ne reste plus qu'à déterminer la concentration de la solution.

Nous n'insisterons pas, et pour cause, sur *la nature chimique de la substance urinaire* : Oriel et Barber pensaient qu'elle devait rentrer dans le groupe des « protéoses ». Le produit qu'on extrait par la technique de Thiers est certainement plus dégradé, et de composition hétérogène ; quelques arguments permettent de penser qu'il n'est que le support de la fonction antigénique. Ce qui est certain c'est qu'actuellement la substance urinaire *n'est pas chimiquement définie* et « qu'elle ne peut être caractérisée que par ses propriétés biologiques ».

Propriétés biologiques de la substance urinaire

Les travaux d'Oriel ont montré que la « protéose » était douée d'un pouvoir antigénique, que ce pouvoir antigénique était spécifique, et enfin qu'il n'existait qu'au moment des paroxysmes allergiques.

1° *La « protéose » est douée d'un pouvoir antigénique.* — La qua-

lité d'antigène est celle de toute substance, étrangère ou interne, qui agissant sur un organisme vivant déterminé en modifie la réactivité normale vis-à-vis d'elle-même. Autrement dit, l'allergie étant « le comportement différent d'un organisme déjà éprouvé par un antigène » (Jausion), est antigène toute substance capable dans un organisme de constituer l'allergie : les deux termes se définissent l'un l'autre. Dans l'action antigénique, tout se passe comme si, lors d'un premier contact, l'antigène à l'intérieur des cellules d'un organisme quelconque, provoquait l'élaboration d'anticorps spécifiques ; les cellules sont dès lors sensibilisées électivement vis-à-vis de l'antigène déterminé. « Celui-ci pénètre une seconde fois dans la cellule où il s'unit aux anticorps spécifiques et cette union détermine un choc anaphylactique intra-cellulaire, une rupture de l'équilibre colloïdal protoplasmique, une cytoclasie » (Desaux) : d'où réactions inflammatoires et modifications structurales des cellules qui se traduisent cliniquement par la maladie allergique.

Ceci étant posé, le pouvoir antigénique de la « protéose » urinaire est, d'après Oriel, prouvé par deux séries de faits : 1° Par les réponses positives des intradermo-réactions pratiquées sur un malade avec une dilution de sa propre « protéose ». 2° Par les réponses positives des réactions de Prausnitz-Küstner faites avec la dilution de « protéose ».

1° *Réactions cutanées à la « protéose ».*

a) dans divers cas de dermatoses allergiques (prurigo de Besnier, prurigo simplex, urticaire, dermatite herpétiforme) la « protéose » est extraite de l'urine au moment d'un paroxysme. On injecte à chaque malade dans le derme une dilution faible de sa propre protéose. Dans la plupart des cas, on obtient une réponse positive sous la forme d'une papule urticarienne d'apparition plus ou moins rapide. La cuti-réaction pratiquée en peau saine dans les mêmes cas amène une réaction eczémateuse ;

b) dans un cas de maladie du sérum (maladie allergique à antigène connu) l'intradermo-réaction à la « protéose » est positive ;

c) chez les individus normaux, on peut extraire parfois un précipité par la technique d'Oriel. Des cuti-réactions et intradermo-réactions pratiquées avec une dilution de ce précipité chez les sujets d'où il émane, donnent toujours des réponses négatives ;

d) sur 30 asthmatiques « sensibles aux protéines » (c'est-à-dire chez qui les tests cutanés aux protéines généralement incriminées dans

l'asthme sont positifs), 83 o/o donnent une réaction positive à leur propre « protéose ». Sur 20 asthmatiques « non sensibles aux protéines », 15 o/o seulement ont une réaction positive dans les mêmes conditions. Sur 50 individus normaux, un seul eut une réaction positive.

2° *Epreuve de Prausnitz-Küstner* ·

a) dans un cas de maladie du sérum (allergie à antigène connu), on fait une prise de sang au moment des signes aigus. On injecte o cc. 1 du sérum correspondant en deux points *a* et *b* du bras d'Oriel. 24 heures après on injecte : au point *a* et en un point *c* non encore injecté, o cc. 025 d'une dilution à 1 p. 100.000 de la « protéose » urinaire du malade. En même temps, on injecte au point *b* o cc. 025 d'une dilution à 1 p. 100.000 de la « protéose » d'un malade atteint de prurigo. 1 h. 3/4 après, on constate : au point *a* une papule ovale de la taille d'un demi pouce, entourée d'une zone d'érythème inflammatoire ; aux points *b* et *c*, deux toutes petites auréoles rondes non enflammées.

Trois heures plus tard, *b* et *c*, ont presque disparu ; la papule du point *a* n'a pas diminué ; elle a même émis un prolongement digitiforme sur son bord inférieur.

Le lendemain, il reste des traces encore nettes de la papule du point *a*, seulement des traces de piqûre en *b* et *c* ;

b) deux expériences analogues ont été faites par Oriel dans des cas où l'antigène n'était pas connu (un cas de migraine et un cas de dermatite polymorphe de Dühring), et ont donné des réponses positives.

L'interprétation logique de ces expériences est que les anticorps contenus dans le sérum du malade sensibilisé sont fixés par la peau au siège de l'injection ; lorsque, 24 heures plus tard, on injecte au même endroit l'antigène spécifique, il en résulte une papule urticarienne, alors que les injections témoins ne donnent rien. On est donc en droit de conclure que *la protéose urinaire, dans les états allergiques, contient l'antigène actif.*

2° *L'antigène actif est spécifique.*

Cela découle directement des expériences précédentes. Ainsi, dans la recherche de Prausnitz-Küstner, la réponse positive n'est apparue qu'au point *a*, point de conflit des anticorps de la maladie du sérum et de l'antigène urinaire correspondant ; au point *b*, où se confrontaient les mêmes anticorps avec un antigène extrait de l'urine d'un malade atteint de prurigo, aucune réaction inflammatoire n'est obte-

nue. Il faut donc admettre que les deux antigènes sont différents et que seul le premier est spécifique de la maladie du sérum. — Cette spécificité antigénique a été mise en évidence par d'autres expériences d'Oriel calquées sur l'épreuve de Dale :

a) on fait à un cobaye une injection intrapéritonéale de 5 centimètres cubes de sérum provenant d'un malade allergique. On prélève l'utérus 24 heures après. La substance P provenant de ce malade donne une contraction qui ne se reproduit pas avec la seconde application d'une même dose de cette substance P. Si on soumet cet utérus à l'action d'une substance P^1, provenant d'un autre cas, on n'obtient qu'une faible contraction. Oriel insiste sur le fait que cette expérience de sensibilisation pourra ne pas donner toujours des résultats positifs ;

b) on traite un cobaye par une substance P^1 et on étudie l'utérus de ce cobaye 14 jours après : cette substance P^1 ne fait pas contracter l'utérus d'un cobaye non sensibilisé. Cette substance P^1 fait contracter l'utérus du cobaye sensibilisé ; une deuxième application de cette substance P^1 reste sans effet. L'autre corne utérine du cobaye sensibilisé à la substance P^1 se contracte sous l'influence d'une substance P^2 provenant d'un cas semblable. Une seconde application de la substance P^2 produit une contraction moindre. Après ces deux applications de la substance P^2, on peut obtenir une nouvelle contraction par application de la substance P^1 originelle.

D'autres expériences d'Oriel, de Conybeare et Oriel, montrent que la « protéose » d'un malade donne des réactions positives, non seulement chez l'individu d'où elle a été extraite, mais également chez tous les malades du même type : il s'agit donc, non pas d'une spécificité individuelle mais *d'une spécificité de groupe*.

Cette notion de la spécificité antigénique de la « protéose » urinaire a été battue en brèche par un certain nombre d'auteurs anglais, Storm Van Leeuwen, Munro, Aldred Brown, et surtout Freeman.

Les adversaires d'Oriel prétendent que les réactions positives ne sont pas plus fréquentes chez les malades allergiques que chez des individus normaux. Ils assimilent les réponses positives aux réactions que produit l'injection d'histamine : or, dans ce cas, on devrait avoir des réponses constamment positives. Il n'en est rien et les réactions positives ne se voient que lorsque les conditions mêmes de la sensibilisation se trouvent réalisées, lorsque l'antigène est mis en conflit avec les anticorps correspondants, soit artificiellement amenés (épreuve de Praustnitz-Küstner, épreuve de Dale), soit

naturellement préexistants (intradermo faite chez un sujet allergique avec sa propre « protéose »).

3° *Le pouvoir antigénique spécifique de la « protéose » n'existe que pendant les paroxysmes allergiques.*

a) on peut fréquemment extraire de l'urine d'un individu normal une quantité appréciable de « protéose ». Cette « protéose » réinjectée ne donne jamais de réaction positive ;

b) en Angleterre, où l'asthme est fréquent, on constate souvent que les accès cessent chez les malades hospitalisés, c'est-à-dire soustraits à l'influence externe sensibilisante. Storm Van Leeuwen a constaté que les intradermo-réactions donnaient des résultats divergents, selon qu'elles étaient pratiquées avec une « protéose » extraite pendant le séjour à l'hôpital, ou avec une « protéose » extraite pendant des conditions de vie habituelle.

Enfin l'activité de la « protéose » n'est pas du tout proportionnelle à la quantité du précipité obtenu.

Poussant l'analyse plus loin Oriel a été amené à considérer la substance P comme *un antigène secondaire*, directement et personnellement responsable des symptômes observés ; antigène secondaire, qui serait fabriqué au niveau de certains tissus et du foie en particulier, à partir de l'antigène primaire d'origine externe. Tout processus de sensibilisation comporterait donc deux échelons :

1° Réaction de l'organisme (foie) à l'introduction d'un antigène = formation d'une substance antigénique dérivée.

2° Action de cette substance dérivée sur les cellules de certains tissus = manifestation allergique.

D'autre part, de certaines expériences de Thiers, il semble qu'on puisse déduire que l'antigène directement responsable d'une forme d'allergie déterminée, existe au sein même des cellules du tissu par lequel se traduit cette allergie. Ainsi, a-t-on pu mettre en évidence et isoler dans la bile de certains malades, présentant des manifestations hépatiques diverses, une substance P analogue à celle de l'urine, et douée d'un pouvoir antigénique de même ordre. Des recherches sont poursuivies dans le même sens pour les dermatoses allergiques exsudatives (recherche de « substance P » dans le liquide exsudé de certains eczémas ou dans le liquide de bulle des maladies de Dühring) ; et pour l'asthme (recherche de « substance P » dans les mucosités bronchiques rejetées). Malgré les difficultés maté-

rielles, auxquelles se heurtent ces recherches, elles semblent devoir donner des résultats positifs.

La valeur biologique de la substance urinaire, établie sur les données expérimentales que nous venons de rapporter, a été contrôlée cliniquement par Oriel et Barber sur un grand nombre de malades allergiques ou supposés tels. Les travaux lyonnais (Savy et Thiers ; Gaté, Thiers, Cuilleret et Charpy) après l'étude de 38 observations diverses, aboutissent aux mêmes conclusions. Ces travaux donnent, comme un nouvel argument en faveur de la spécificité de la substance urinaire, que sa réinjection à l'organisme, d'où elle est extraite, reproduit la forme même de l'allergie correspondante : ainsi la « substance P » de malades atteints de dermatite de Dühring-Brocq donne chez eux, au point d'injection, une bulle. Dans une observation d'un syndrome complexe (eczéma papulo-vésiculeux + asthme) la « substance P » détermine au point d'injection une réaction papulo-vésiculeuse et déclenche en même temps une crise d'asthme, etc...

Etablie sur des bases expérimentales et cliniques aussi solides, la notion de la substance urinaire, témoin de l'état allergique, est d'une importance considérable. Evidemment, ces prémisses mériteraient d'être contrôlées par d'autres auteurs : mieux valent plusieurs témoignages qu'un seul. D'autre part, du fait qu'une substance urinaire active a pu être isolée dans les cas d'allergie étudiés, on ne peut déduire qu'il en est de même dans tous les cas d'allergie : la généralité du phénomène ne pourra se dégager que peu à peu, de l'accumulation d'un grand nombre de documents convergents : c'est l'avenir qui jugera.

Nous proposons néanmoins dès maintenant d'utiliser la recherche et l'expérimentation de la « substance P » comme *méthode générale d'étude des phénomènes allergiques*, et plus particulièrement des phénomènes de sensibilisation. Nous avons là un nouveau procédé de recherche qui s'ajoute à ceux déjà connus, mais qui présente sur eux l'énorme avantage de pouvoir s'appliquer indistinctement à tous les cas cliniques, même les plus obscurs apparemment. Cette étude, si on veut bien ne lui demander que ce qu'elle est en droit de donner, doit contribuer à défricher et à délimiter le domaine, jusqu'ici inconnu, de l'allergie.

En effet, les conséquences qu'on peut tirer des propriétés biologiques de la substance d'Oriel sont de deux ordres : d'une part, les réactions d'un organisme à sa propre « substance P » peuvent servir de *tests d'allergie* ; d'autre part, il est logique d'utiliser la substance urinaire comme *agent de désensibilisation spécifique*, dans chaque cas particulier. Ainsi donc, le dépistage de l'allergie par la « protéose » d'Oriel comportera deux étapes successives :

1° L'ÉTUDE DES RÉACTIONS CUTANÉES.
2° LE TRAITEMENT D'ÉPREUVE.

1° *Etude des réactions cutanées.* — La « substance P » est extraite de l'urine dans les conditions et selon la technique précisées plus haut. On recherchera les tests cutanés de sensibilisation avec une dilution de cette substance : l'expérience montre que des dilutions allant de 1/10 000e à 1/100.000e sont suffisantes et sans danger.

Il est indispensable de pratiquer *une recherche complète de la sensibilité cutanée* ; et pour cela, comme le conseillent Sézary et Mauric, de faire simultanément : cuti-réaction, intradermo-réaction et épidermo-réaction. En effet, des travaux récents (Ravaut ; Bruno Bloch ; Naegeli, De Quervain et Stalder) ont montré l'importance des sensibilisations tissulaires exclusives. Sézary admet qu'une cuti-réaction positive indique une sensibilisation humorale ; une intradermo-réaction positive, une sensibilisation dermique ; une épidermo-réaction positive, une sensibilisation épidermique. D'autre part, l'aspect morphologique de la réaction donnerait aussi des indications particulières : une réaction urticarienne indiquerait une hypersensibilité humorale ; une papule inflammatoire, une hypersensibilité dermique ; une réaction vésiculeuse, enfin une hypersensibilité épidermique. Nous pensons que ces données sont intéressantes, à condition de ne pas leur attribuer une valeur trop absolue. En fait il ressort de l'expérience que *les réactions cutanées*, constamment négatives chez les sujets normaux, *ne sont positives chez les sujets allergiques que dans 40 0/0 des cas.* On ne peut donc rien déduire de formel en présence de tests négatifs et, dans ces cas-là, l'épreuve thérapeutique peut fort bien néanmoins donner des résultats favorables, apportant ainsi un témoignage secondaire et inattendu au mécanisme allergique des accidents considérés.

Il est très important enfin de ne tenir pour positives que les *réponses cutanées « légitimes »* : nous rappelons ici rapidement, d'après Sézary et Mauric, quelles doivent être ces réponses :

a) *Cuti-réaction* : technique classique. Lecture si possible 30 minutes après l'épreuve, puis 2 heures, 6 heures, 24 heures et les jours suivants. Toute lésion simplement érythémateuse n'a aucune valeur. Les réactions « légitimes » sont : soit précoces après quelques minutes : type papule urticarienne ou placard ortié ; prurigineuses, entourées ou non d'une zone érythémateuse ; signification : sensibilité humorale. Soit tardives, survenant après 24 heures ou 48 heures : type papule inflammatoire ; signification : sensibilisation tissulaire cutanée.

b) *Intradermo-réaction* : technique classique (employer des dilutions très faibles ; peut être dangereuse), lecture dans les mêmes délais. Réponse légitime : soit précoce, type urticarien ; soit tardive, papuleuse, érythémato-vésiculeuse ou parakératosique.

c) *Épidermo-réaction* (procédé transépidermique de Jadassohn) : sur l'épiderme intact ou légèrement gratté, une compresse imbibée de l'antigène est maintenue en contact 24 heures, sous imperméable. Réponse légitime plus ou moins tardive, parfois très tardive (après plusieurs jours) ; réactions érythémato-vésiculeuses ou érythémato-squameuses.

La recherche des tests cutanés peut s'accompagner dans certains cas de *réactions générales ou viscérales* : *le grand choc* dramatique est exceptionnel ; on a pu néanmoins le déclencher par des doses trop fortes ; il est toujours à redouter si l'on emploie la voie intraveineuse. « Ce qu'on observe avec une extrême fréquence, c'est un *état de malaise général* avec vertiges, sans céphalées ni nausées, qui survient dans les 15 ou 30 minutes qui suivent l'injection intradermique. *La métastase morbide* est plus rare : râles pulmonaires fins durant tout le traitement dans un cas de rhume des foins ; éclosion d'une bulle cutanée et rhumatisme articulaire chez un sujet atteint de dermatite de Dühring. Enfin s'observe la *réaction focale*, variable suivant les aspects cliniques de l'allergie : exagération de l'éruption, de l'asthme, de la migraine, des douleurs hépatiques ». Ces réactions générales ont une bonne valeur indicative : leur absence permet de soupçonner que la substance urinaire extraite n'a pas de propriété spécifique, et de prévoir l'échec du traitement d'épreuve ; à l'inverse, ces réactions sont parfois si constamment intenses malgré la répétition des injections, qu'elles obligent à abandonner le traitement.

2° *Traitement d'épreuve.* — L'exploration de la sensibilité par l'étude des tests cutanés à la « substance P » doit toujours être complétée par un *traitement d'épreuve* : ce que recherche toute méthode de skeptophylaxie spécifique, c'est de stimuler la formation dans l'organisme traité d'une quantité croissante d'anticorps spécifiques, jusqu'à réalisation d'un état d'immunité. En fait, comme le fait remarquer très justement Pasteur Vallery-Radot, ce résultat est rarement atteint ; plutôt qu'une désensibilisation vraie, ce qu'on obtient, c'est une accoutumance à l'antigène : d'où la précarité des résultats. Quel que soit d'ailleurs le mécanisme intime des méthodes dites de désensibilisation, l'expérience montre que le seul procédé pratique et sans danger, consiste en l'apport répété de doses d'antigène minimes et croissantes.

Le traitement d'épreuve comportera donc l'introduction répétée de doses minimes d'antigène : on choisira la voie d'introduction la plus logique, pour chaque cas particulier : voie épidermique sous forme de pansements, dans les sensibilités épidermiques ; voie intradermique dans les sensibilités dermiques, voie sous-cutanée ou cuti-réaction dans les sensibilisations humorales. Fréquemment l'enquête cutanée est négative ou n'indique pas de sensibilisation tissulaire élective ; dans ces cas, on commencera par des injections intra-dermiques pour ne passer à la voie sous-cutanée que lorsque celles-ci ne donneront plus de phénomènes réactionnels.

Les dilutions de « substance P » employées pourront varier de 1/100e à 1/1.000.000^e selon les réactions observées : il convient de tâter la susceptibilité réactionnelle de chaque cas, en commençant par les dilutions les plus faibles et en les augmentant avec prudence. Les doses initiales de la dilution choisie seront de l'ordre de 1/20e de centimètre cube par voie intra-dermique ; on les augmentera de 1/20e de centimètre cube à chaque injection ultérieure.

Quelle est *la valeur thérapeutique* d'une pareille méthode de désensibilisation ? Il est sans doute un peu prématuré de la définir actuellement dans son ensemble. Par une technique à peine différente de celle que nous proposons, Oriel et Barber ont traité un grand nombre de malades supposés allergiques ; nous ne retiendrons de leurs statistiques que les cas de dermatoses :

1° 19 cas d'urticaire chronique ou d'œdème angio-neurotique tous évoluant depuis longtemps : 16 guérisons complètes.

2° 19 cas de prurigo simplex, tous particulièrement rebelles : 9 guérisons.

3° 9 cas de dermatite herpétiforme de Dühring : 9 guérisons.

4° Dans le psoriasis pur : action nulle ; action fluxionnaire possible sur les articulations, avec malaise général, dans le psoriasis arthropathique.

5° Réactions cutanées violentes dans les cas de prurigo diathésique de Besnier ; réveil simultané de troubles asthmatiformes ou migraineux ; à la longue, amélioration considérable dans 9 cas sur 15.

Les résultats lyonnais, sans doute moins brillants à première vue, sont néanmoins d'autant plus intéressants que la méthode n'a été appliquée qu'à des cas rebelles à tout traitement. Nous les résumons dans le tableau suivant :

Maladies		Echecs	Améliorations	Guérisons
Eczémas	17	5	9	3
Maladies de Dühring . . .	3	1	1	1
Prurigos	3	»	1	2
Dermites médicamenteuses .	4	1	»	3
Erythèmes polymorphes . .	3	»	»	3
Asthmes	4	1	[illegible]	1
Rhumes des foins	1	»	»	1
Migraines	6	»	3	3
Insuffisance hépatique . .	5	3	»	2
Totaux	46	11	16	19

En somme, on peut très schématiquement aboutir aux conclusions suivantes : « les prurits essentiels, même les plus invétérés, sont remarquablement soulagés ; les eczémas sont d'autant plus améliorés qu'ils s'accompagnent d'insuffisance hépatique avec association de migraines, d'urticaire et de réactions d'intolérance alimentaire ; les érythèmes polymorphes ont donné 3 guérisons sur 3 cas ».

Nous sommes personnellement persuadés que certains des échecs constatés eussent pu s'inscrire en faveur de la méthode, si la voie d'introduction de l'antigène avait été plus rigoureusement choisie.

En face de résultats si encourageants il ne faut pas se dissimuler quelques menus inconvénients pratiques de la méthode : tout

d'abord, la difficulté relative de son application qui nécessite des injections fréquentes poursuivies pendant longtemps ; et aussi le caractère transitoire des résultats obtenus, ce qu'il est facile de comprendre puisque « s'opposant aux effets nocifs de l'antigène elle demeure incapable de modifier le terrain spécial, qui favorise l'apparition de l'allergie ».

En résumé, la notion vérifiée d'un test urinaire de l'allergie, indépendamment de l'intérêt dogmatique qu'elle présente et que nous ne pouvons envisager dans le cadre de cet article, comporte deux sortes de conséquences pratiques :

1° La substance d'Oriel peut être l'*instrument d'une méthode thérapeutique spécifique*, dont l'efficacité est remarquable et supérieure à celle de toute autre méthode connue. Il est utile de souligner en passant la parenté de cette technique avec celle, empirique, proposée autrefois par Jausion, sous le nom d'auto-ourothérapie.

2° La substance d'Oriel est surtout intéressante en tant que *moyen d'exploration de l'allergie* en médecine et plus particulièrement en dermatologie. Quand on envisage le mécanisme de tel accident ou de telle réaction cutanée, différentes théories pathogéniques s'affrontent, sans qu'aucun argument péremptoire ne permette de trancher le différend. Ces discussions n'ont pas qu'un intérêt dogmatique ; si elles aboutissaient pour chaque cas à un résultat précis, elles donneraient pour la pratique des indications thérapeutiques également précises. On sait par exemple quelles pathogénies diverses ont été invoquées pour expliquer les accidents cutanés et généraux de la chimiothérapie antisyphilitique : un travail récent et qui nous est cher à divers titres (1) a montré que la plupart de ces accidents pouvaient, dans certaines circonstances et avec une réelle fréquence, se réclamer de la sensibilisation. Aux arguments expérimentaux, déjà très nombreux et très solidement étayés, fournis en faveur de cette pathogénie, l'expérimentation par la substance d'Oriel doit apporter un élément nouveau de grande valeur et qui réduirait peut-être les dernières résistances : l'Ecole lyonnaise s'y emploie dès maintenant.

En dermatologie pure, l'étude de la « substance P » semble

(1) J. Gaté, H. Thiers et P. Cuilleret. *Accidents chimiothérapiques par hypersensibilité.* Lyon. Lib. Camugli, 1934.

devoir être fructueuse, appliquée à toutes sortes de syndromes, bien définis cliniquement, mais dont le mécanisme, ou bien nous échappe complètement, ou bien varie d'un cas à l'autre, ou bien enfin se complique de l'intrication de diverses pathogénies à responsabilités différentes : ces « complexes » dermatologiques fourmillent en pratique ; devant telle lésion cutanée banale, il est intéressant et utile de démêler ce qui revient à l'allergie dans le tableau clinique : à la « substance P » d'y pourvoir désormais. Nous nous proposons personnellement de rapporter prochainement à la Société de Dermatologie, diverses observations étudiées dans ce sens. Quel que soit d'ailleurs le résultat ultérieur de ces recherches, on peut dès maintenant conclure que la notion due aux travaux d'Oriel est pleine de promesses. Il est permis de discuter les conceptions théoriques qui sont à sa base mais, comme l'écrivent Savy et Thiers, « il suffit d'avoir manié cette mystérieuse poudre blanche extraite de l'urine du malade, d'avoir constaté les effets thérapeutiques remarquables qu'elle permet d'obtenir dans certains cas, d'avoir suivi avec anxiété l'évolution impressionnante des réactions provoquées par une posologie imprudente pour être convaincu de sa puissance, bonne ou mauvaise, suivant le mode d'application de la méthode qui l'utilise ».

Bibliographie

I. — *Publications anglaises.*

Barber et Oriel. — A clinical and biological Study of allergy. *The Lancet,* **215**, 1928, pp. 1009 et 1064.

Oriel et Barber. — A proteose in the urine excreted in anaphylactic and allergic conditions. *The Lancet,* **219**, 2 août 1930, p. 231.

Oriel. — Communication in *Proc. Roy. Soc. Med.* (*Sec. Derm.*), **24**, 1931, p. 55. — Quelques facteurs chimiques de l'allergie en général et de l'asthme en particulier. *Prem. Congrès Int. de l'Asthme,* le Mont-Dore, 1932, p. 409. — Further obs. on the biochemistry of asthm., cond. With spec. refer. to the urinary « Proteose ». *The Lancet,* **225**, 19 août 1933, p. 406.

Freeman. — Specificity of the « Proteose »…. *The Lancet,* **222**, 12 mars 1932, p. 561.

Controverses entre Oriel et Barber d'une part, Freeman d'autre part, in *The Lancet,* **221**, 1931, p. 1212 (Freeman), p. 1266 (Barber), p. 1267 (Oriel).

Controverses entre Oriel, Wyesman, S. Miller, R. P. J. Rutherford, J. L. Wesley Smith d'une part, et d'autre part Freeman, Aldred Brown et Munro. *The Lancet,* **222**, 1932, pp. 1261, 1303, 1304.

Comptes Rendus de la Soc. Roy. de Méd. *The Lancet,* 12 mars 1932, p. 570.
MURRAY, LYON PERCIVAL et STEWART. — *Brit. Med. J.,* 1932, p. 136.
CONYBEARE. — *Guy's Hospital Rep.,* **31,** 1931, p. 458.
W. DARLEY et R. WHITEHEAD. — *Proc. Exp. biol. and Med.,* **28,** 1931, p. 668.
N. BURGESS. — *Brit. Med. Journ.,* 1932, p. 37.
BRUCE PEARSON. — *Proc. Roy. Soc. Med.,* **25,** 1932, p. 1458.
W. DARLEY et R. WHITEHEAD. — *Ann. Intern. Med.,* **6,** 1932, p. 389.

II. — *Publications françaises.*

P. SAVY, H. THIERS et WEIGERT. — Déséquilibre neuro-végétatif avec dermographisme. *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon,* 27 juin 1933, in *Lyon Médical,* 1933, p. 692.
J. GATÉ, H. THIERS, P. CUILLERET et J. CHARPY. — Note prélim. sur l'emploi thérapeutique de la protéose d'Oriel. *Réunion dermat. de Lyon,* 29 juin 1933 ; *Bull. de la Soc. F. D. S.,* p. 1228.
H. THIERS. — Technique modifiée d'extract. de la prot. d'Oriel. *Réun. Derm. de Lyon,* 29 juin 1933 ; *Bull. de la Soc. F. D. S.,* p. 1233.
J. GATÉ, H. THIERS, P. CUILLERET et J. CHARPY. — Nouvelles observat. sur l'emploi de la subst. P d'Oriel en derm. *Réun. dermat. de Lyon,* 18 janvier 1934 ; *Bull. de la Soc. F. D. S.*
J. CHARPY. — La substance d'Oriel dans les maladies allergiques (dermatoses en part.). *Th. de Lyon,* 1933-1934.
SAVY et THIERS. — Traitement des accidents de sensibilisation aurique au cours du rhumatisme chronique. Communication au *Congrès du Rhum. d'Aix-les-Bains,* 1934.
J. GATÉ, H. THIERS, P. CUILLERET et J. CHARPY. — Un nouveau test de l'allergie médicamenteuse : mise en évidence de la « Substance d'Oriel ». *Ve Congrès Derm. et Syph. de Langue française,* Lyon, 1934.
J. GATÉ, H. THIERS, P. CUILLERET et J. CHARPY. — La « Substance d'Oriel » dans le traitement des accidents allergiques de la Chimiothérapie antisyphilitique. *Ibid.*
P. SAVY et H. THIERS. — La « Substance d'Oriel » dans le traitement des états allergiques. *Presse Médicale,* 10 novembre 1934, n° 90, p. 1762.
CLÉMENT SIMON. — Remarques sur la substance d'Oriel. *Bulletin Médical,* février 1935.

Travail de la Clinique Dermatologique de Genève, Professeur Du Bois

LE CYCLE ÉVOLUTIF DU DEMODEX FOLLICULORUM HOMINIS VU PAR LA MICROPHOTOGRAPHIE

Par Mme le Dr Françoise FUSS

Faisant suite à un travail précédent sur le demodex dans la peau humaine (1), nos recherches complémentaires ont porté sur la reconstitution, et la fixation par la microphotographie, des multiples phases de la croissance de cet acarien, dont les formes évolutives et adultes sont si diverses. En effet, le demodex doit subir une série de transformations importantes qui vont parfaire graduellement et régulièrement son organisme

Le cycle évolutif du *Demodex folliculorum hominis* présente quatre périodes, caractérisées par des changements de forme, de volume, d'organisation intérieure, et qui correspondent respectivement à l'état embryonnaire, larvaire, adulte et vieux.

Période embryonnaire. — Les demodex sont habituellement ovipares (2). L'œuf se montre d'abord sous un aspect sphérique (pl. I, fig. 1), et se transforme ultérieurement en un ovoïde assez régulier de grandeur variée (pl. I, fig. 2 et 3). L'enveloppe exté-

(1) Voir : *La vie parasitaire* du *Demodex folliculorum hominis. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie,* tome 14, nº 11, novembre 1933.

(2) Megnin (voir : *Les parasites et les maladies parasitaires*, p. 271) considère les demodex comme vivipares, donnant naissance directement à de petites larves ; il a même assisté à la sortie d'une véritable larve apode. Nous avons parfois observé, nous-même, le corps d'une larve apode par transparence dans l'abdomen de la femelle. Les demodex sont surtout ovipares ; mais dans certaines conditions seraient-ils vivipares ?

Planche I. — Fig. 1-3 : œufs.
Fig. 4 : larve apode.
Fig. 5-16 : larves hexapodes.

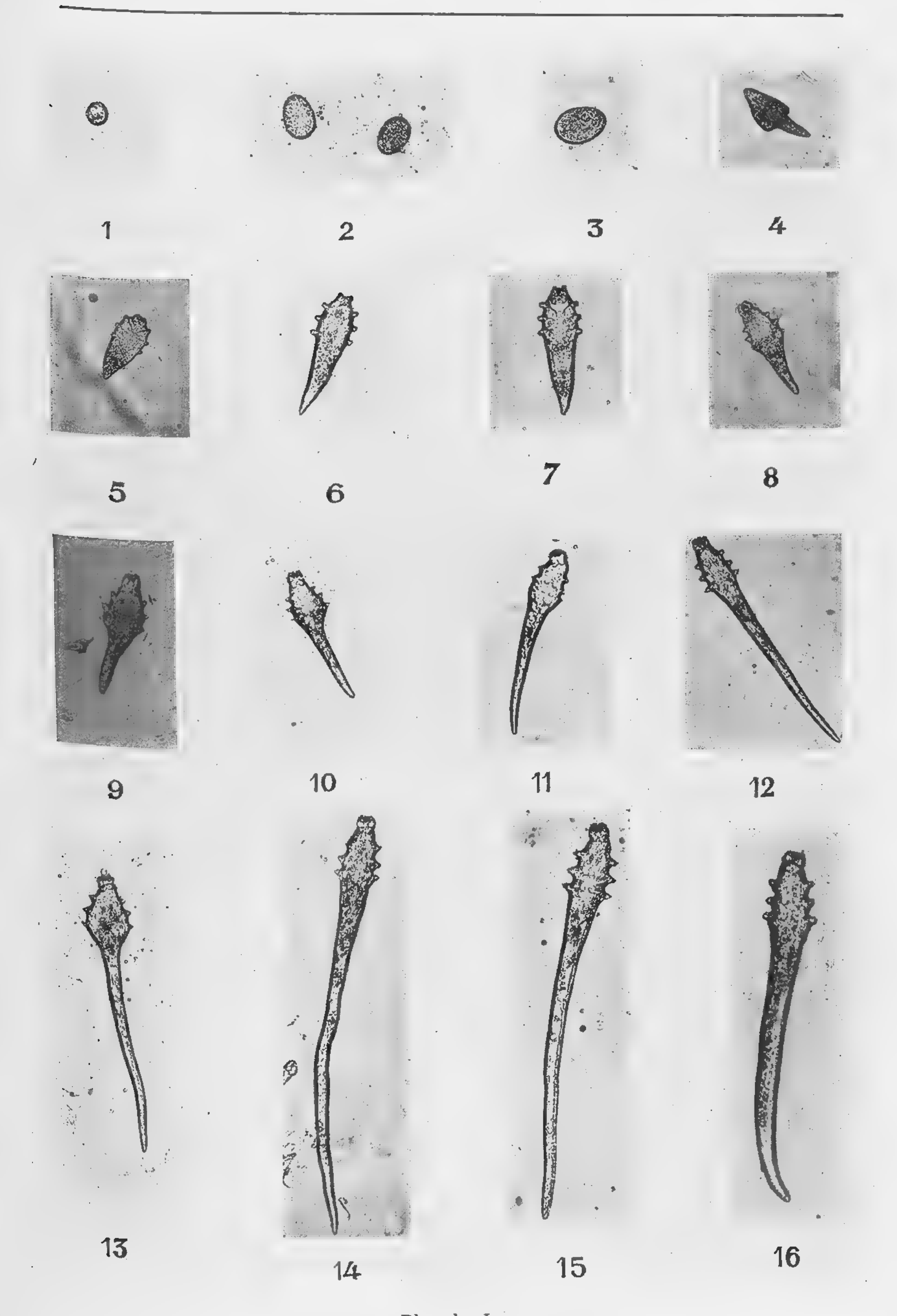


Planche I

rieure de l'un ou l'autre de ces œufs, paraît membraneuse et translucide. L'intérieur est presque entièrement rempli d'une matière granuleuse vitelline.

En combien de jours observe-t-on expérimentalement l'éclosion des œufs ? Nos études à ce sujet n'ont pas abouti jusqu'à présent.

Période larvaire. — Cette période est étonnamment riche en formes ; changements et métamorphoses se succèdent suivant des lois probablement fixes, mais difficiles à déterminer. L'âge, le sexe, les diverses époques de transformation, font varier du tout au tout le jeune animalcule, qui seulement après de nombreuses tribulations parvient à l'état adulte.

Dans la première phase, une larve apode s'échappe de l'œuf (pl. I, fig. 4). C'est la forme post-embryonnaire initiale, à développement encore très peu avancé, totalement dissemblable de ses parents. Son corps, est cordiforme ou triangulaire, à queue plus ou moins pointue. Cette larve grandit, car elle se présente sous des tailles différentes. Douée de mouvements, elle mène une vie libre et indépendante, semblant se nourrir par imbibition ou absorption cutanée, puisque dépourvue d'organes buccaux.

La larve apode continue à croître et se différencie progressivement en larve hexapode. La partie pointue formera l'abdomen, tandis qu'au niveau de la partie cordiforme des rudiments de pièces buccales apparaissent, ainsi que trois paires de petites papilles, cylindriques chez les unes (pl. I, fig. 6 et 7), coniques chez les autres. Ces pseudo-pattes servent à la reptation, mais on n'y distingue ni articulations, ni crochets terminaux comme dans les appendiees locomoteurs des adultes. La variété de formes et de tailles des larves hexapodes est énorme. Nous avons pu déceler 14 larves différentes, et il en existe certainement plus (pl. I, fig. 5 à 16). Toutes présentent dans leur abdomen des granulations, caractéristiques du demodex.

La croissance de la larve hexapode terminée, une nouvelle paire de pattes papilliformes, cylindriques (pl. II, fig. 17) ou coniques, apparaissent en arrière de la dernière paire. Voici la larve octopode

---

Planche. II. — Fig. 17-23 : larves octopodes.
Fig. 24-25 : nymphes sortant de la larve.
Fig. 26 : nymphe.

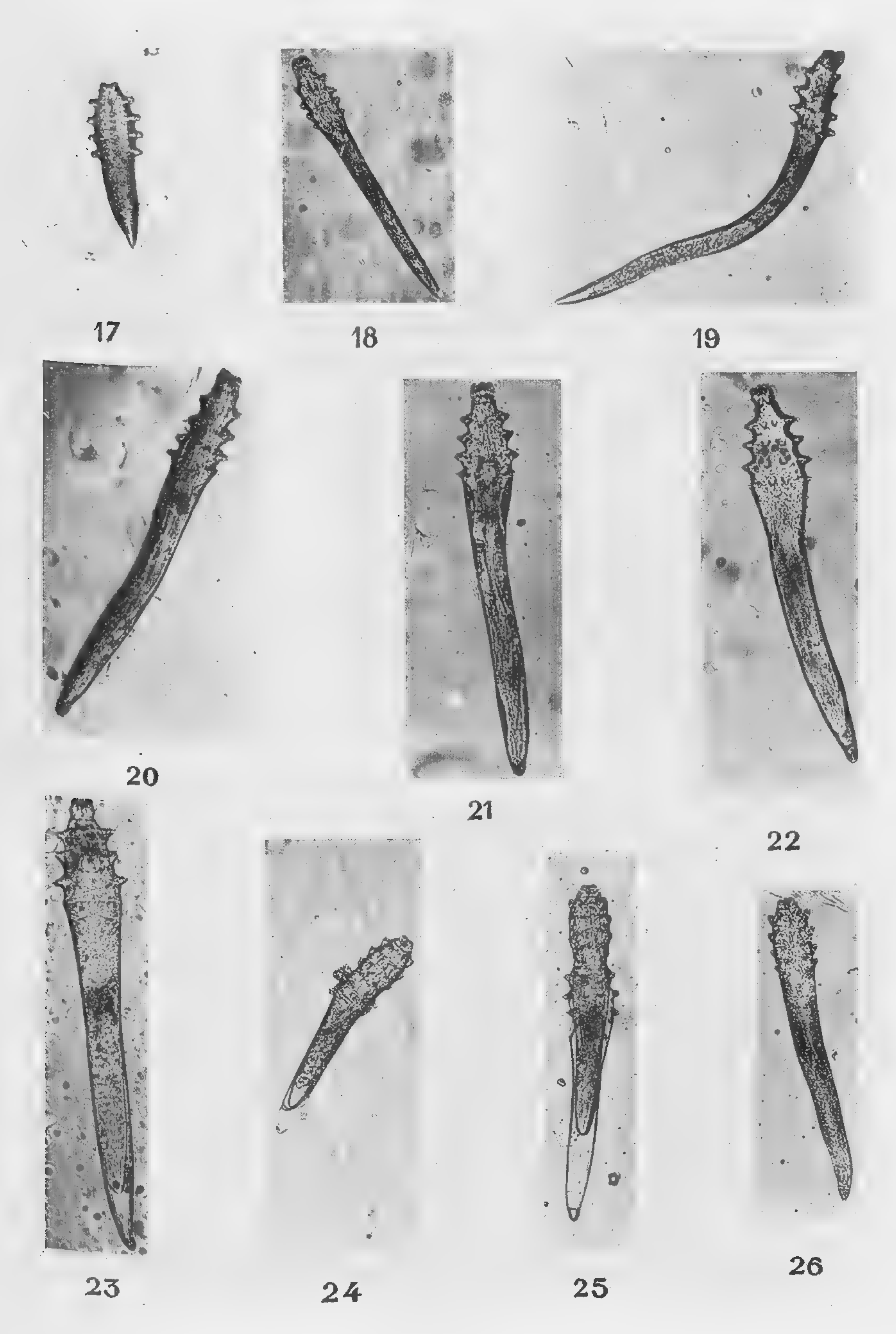


Planche II

constituée. Son rostre est encore imparfait. Ses aspects sont comme pour la forme précédente, multiples (pl. II, fig. 17 à 20).

Les phases terminales du développement approchent. La larve octopode se prépare à muer. A cette fin, l'extrémité céphalo-thoracique s'enfle et s'élargit, toujours plus ; l'abdomen suit le mouvement (pl. II, fig. 21 à 23). Finalement, sous le tégument transparent de cette larve hypertrophiée, se dessinent les linéaments d'un être nouveau à rostre distinct, à pattes articulées et dont l'abdomen se détache nettement (pl. II, fig. 23). Ainsi, à l'intérieur de la larve octopode arrivée au terme de son développement un tout nouvel animal se forme, un phénomène de renouvellement complet se produit.

Lorsque le moment de la naissance du nouvel être arrive, le tégument de la larve se fend à l'extrémité céphalique et une nymphe se dégage très doucement, la tête d'abord, l'abdomen ensuite (pl. II, fig. 24 et 25). La nymphe possède toutes les caractéristiques de l'âge adulte. dont elle ne se distingue que par l'absence d'organes sexuels, qu'indique le faible développement de son abdomen (pl. II, fig. 26).

Période adulte. — Après avoir revêtu la forme adulte, l'animal continue à croître et augmente considérablement de taille et de volume. Ses organes sexuels se développent sans qu'il subisse une nouvelle mue, son tégument devient plus épais, les pattes plus solides, le rostre plus puissant. Quant aux formes, la variété en est infinie (pl. III, fig. 27 à 34).

Période de vieillesse. — A cette période, les formes des demodex sont atrophiées, diminuées de volume et de taille, et paraissent uniformément bourrées de granulations (pl. III, fig. 35 et 36).

Planche. III. — Fig. 27-34 : adultes.
Fig. 35-36 : état de vieillesse.
Grossissement : objectif 3 ; oculaire 3, sauf fig. 33 : objectif 5 ; oculaire 3.

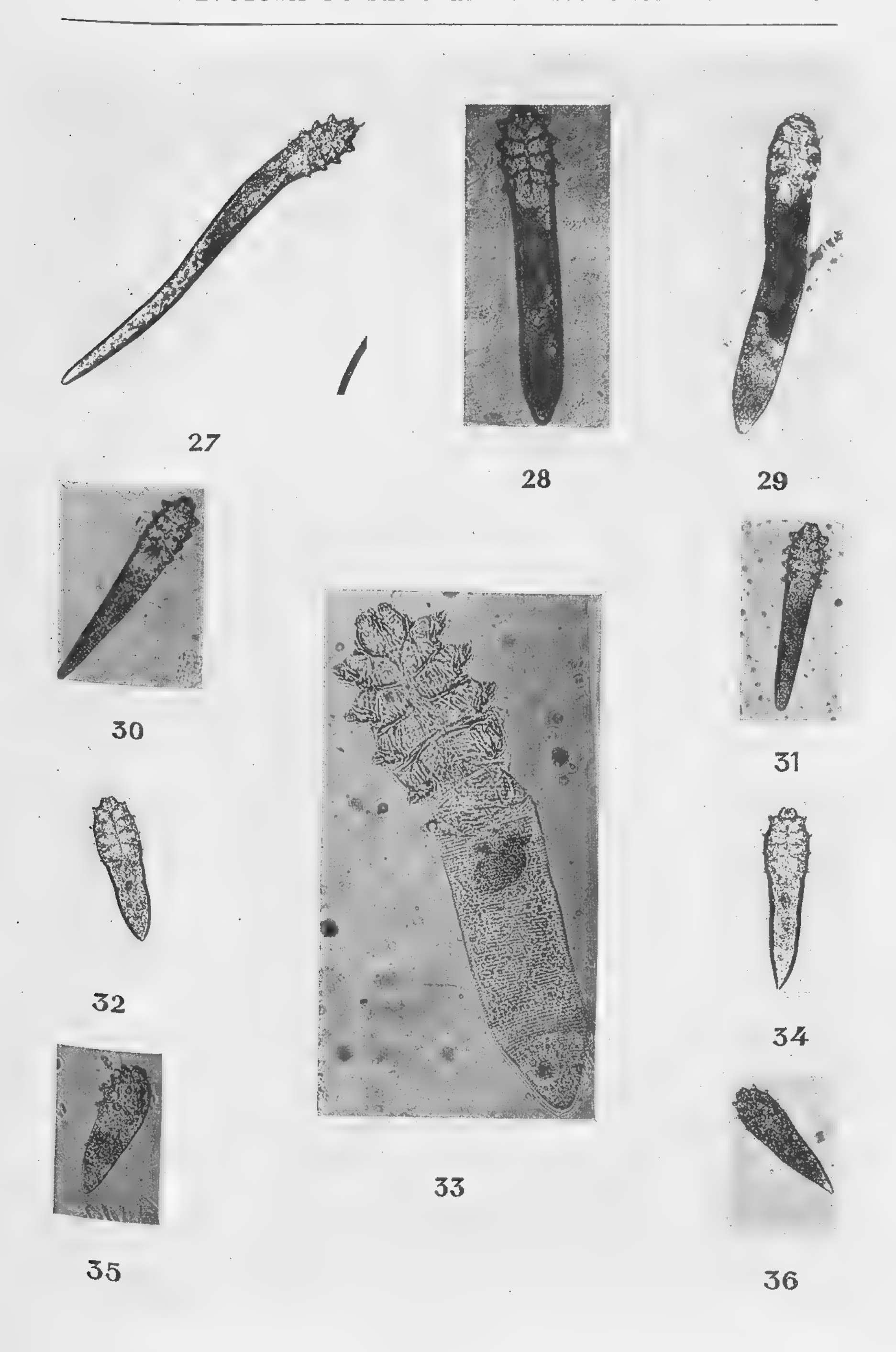


Planche III

ANALYSES

des principaux travaux reçus en décembre 1934.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Réflexions sur l'épidémiologie et la pathologie générale de la syphilis, par J. Benech et A. Chiclet. *Annales des Maladies Vénériennes*, année 29, n° 12, décembre 1934, p. 881.

Les auteurs chargés du service municipal de Médecine et d'Hygiène de Nancy ont constaté depuis août 1934 une recrudescence de la syphilis. Ils en recherchent les causes et les moyens d'y remédier. Leur statistique leur montre que les clandestines syphilitiques ne présentaient jamais d'accidents initiaux, elles étaient au stade secondaire ; au contraire, les femmes de maisons furent dépistées dès le chancre dans les 3/4 des cas. Ils constatent aussi un nombre élevé de Bordet-Wassermann positifs chez des femmes n'ayant jamais présenté d'accidents ou donné de sérologie positive antérieurement. Ils sont amenés à envisager l'hypothèse de « seuils », de contamination clinique ou de contamination sérologique. H. Rabeau.

Ictère syphilitique au stade séro-négatif de chancre induré, par J. M. Levine. *Annales des Maladies Vénériennes*, année 29, n° 12, décembre 1934, p. 889.

Intéressante observation d'un homme chez lequel survient un ictère deux semaines après le début d'un chancre syphilitique non traité. Un traitement bismuthique amène une régression de l'ictère et une diminution du volume du foie. A cette occasion L. discute des ictères syphilitiques et toxiques. H. Rabeau.

Tuberculose vésiculeuse exulcéreuse impétiginiforme du gland, par H. Gougerot et P. Fernet. *Annales des Maladies Vénériennes*, année 29, n° 12, décembre 1934, p. 899, 2 photos.

Homme de 40 ans qui depuis 1920 présente des lésions du gland évoluant par poussées successives durant 8 à 10 jours, quelquefois plus lorsqu'elles s'ulcèrent. Ces lésions sont un mélange de vésicules, d'exul-

cérations et de lésions croûteuses impétiginiformes. Elles sont indolentes, il n'y a ni adénopathie, ni troubles généraux.

L'évolution, l'aspect des lésions, la cytologie, surtout les cicatrices éliminaient l'herpès et les pyodermites.

La syphilis avait contre elle l'aspect, le Bordet-Wassermann négatif, l'échec du traitement d'épreuve, et quoique les mycoses fussent possibles, la tuberculose semblait la plus probable. La recherche du bacille de Koch fut négative, mais l'inoculation au cobaye fit la preuve de la nature tuberculeuse. H. Rabeau.

Valeur comparative des réactions de floculation entre-elles, par Meinicke. Société française de sérologie et de syphilis expérimentale, séance du 8 novembre 1934. *Annales des Maladies Vénériennes*, année 29, n° 12, décembre 1934, p. 919.

M. passe en revue les diverses méthodes de floculation ; celle de Kahn et Müller, la M. K. R. II sont plus spécialement étudiées ; il donne de cette dernière la technique précise. Elle s'applique plus facilement que les autres à l'étude du liquide céphalo-rachidien et donne des résultats plus sensibles que le Bordet-Wassermann. H. Rabeau.

Rapport sur la valeur comparative des réactions de floculation dans la syphilis, par A. Vernes. Société française de sérologie et de syphilis expérimentale, séance du 8 novembre 1934. *Annales des Maladies Vénériennes,* année 29, n° 12, décembre 1934, p. 937.

Dans l'impossibilité d'expliquer tous les procédés de floculation, V. se borne a une vue générale. La floculation obtenue avec un sérum syphilitique n'est pas spécifique en soi, car on peut la reproduire avec un sérum normal. Elle devient spécifique par le fait qu'elle est déterminée par des doses de réactif différentes de celles qui la provoquent dans le sérum normal. Considérant d'une part que la floculation syphilitique n'est que l'exagération de la floculation normale, d'autre part, que dans le mélange de sérum à quantité fixe avec un réactif approprié à dose décroissante, la floculation se reproduit périodiquement dans des zones distinctes, on comprendra la difficulté de régler la réaction de telle sorte qu'elle soit exclusivement spécifique de l'infection. On est parvenu à donner aux résultats de l'expérience une expression précise en mesurant l'intensité du trouble au moyen d'un photomètre. Ainsi il est facile de déterminer l'intensité des troubles à tous les stades de l'évolution de l'infection et d'établir une courbe.

Mais il est essentiel d'ajouter que tout ce travail d'adaptation n'a pu et ne peut se construire qu'au lit du malade, tant il est vrai que le travail du laboratoire n'a aucune signification s'il n'est pas le reflet de la clinique. H. Rabeau.

Archives de l'Institut Prophylactique (Paris).

Sur la valeur comparative des réactions de floculation dans la syphilis, par A. Vernes. *Archives de l'Institut Prophylactique*, t. 6, n° 4, 4e trimestre 1934, p. 358.

V. rappelle ses belles recherches sur la floculation et les phénomènes de floculation périodique des sérums. La floculation du sérum syphilitique est une exagération d'un phénomène normal. On comprend la difficulté qu'il y a à en fixer la limite et combien la collaboration du sérologiste et du clinicien est essentielle. La clinique reste maîtresse. Actuellement une détermination qualitative de floculation est insuffisante, il faut la mesurer, ce qui se fait facilement grâce au photomètre, et par des mesures successives établir une courbe, qui montre l'évolution de l'infection. H. Rabeau.

Archives des Sciences Médicales de Montpellier.

Xeroderma pigmentosum avec tumeur épibulbaire, par MM. Villard, Déjean et Viallefond. *Archives des Sciences Médicales de Montpellier*, novembre 1934.

Les auteurs rapportent l'observation d'un jeune homme de 20 ans, porteur depuis 7 ans de lésions de Xeroderma pigmentosum. Il s'est développé, il y a trois semaines, sur la partie externe de l'œil droit, une petite tumeur sessile de coloration rosée, de consistance gélatineuse et tremblotante et dont la surface est parsemée de petites ectasies vasculaires. La tumeur enlevée en son entier au scarificateur a montré, à l'examen histologique, une énorme hypertrophie du corps muqueux de Malpighi avec de très volumineuses cellules dont quelques-unes s'orientent en véritables globes cornés.

Cette tumeur épithéliale a ceci de particulier, qu'elle est traversée en divers sens par des papules vasculo-conjonctives. Nulle part il n'y a de pigment mélanique. P. Vigne.

Valeur diagnostique comparée des réactions d'hémolyse et des réactions de floculation, par MM. J. Margarot et P. Deveze. *Archives des Sciences Médicales de Montpellier*, décembre 1934.

A toutes les périodes de la syphilis les réactions de floculation s'avèrent plus sensibles que les réactions d'hémolyse. La réaction présomptive de Kahn est celle qui donne le plus grand nombre de résultats positifs. Elle est suivie de très près par la micro-réaction de Meinicke (M. K. R. II).

Si l'on s'en tient aux résultats globaux, la première donne un pourcentage de 70 positivités et la seconde de 60,3. Viennent ensuite les réactions de Meinicke (M. K. R. II) (55,5 o/o), de Hecht-Bauer (50,9 o/o) et enfin de Wassermann (50,7 o/o). Ces chiffres sont établis en ne tenant

compte que de 638 cas dans lesquels les sept réactions ont été pratiquées simultanément

En ce qui concerne la *valeur diagnostique* de ces diverses réactions, les discordances observées chez quelques sujets établissent la nécessité de faire en même temps au moins une réaction d'hémolyse et deux ou trois réactions de floculation.

Les réactions présomptives de Kahn et micro de Meinicke sont à la limite de la spécificité. Si dans un cas suspect, elles sont seules positives ou si l'une ou l'autre l'est exclusivement, il convient d'être très prudent dans l'interprétation et de ne conclure qu'après leur confrontation avec l'examen clinique, l'évolution et les commémoratifs.

Il en va tout autrement si la réaction présomptive ou la micro de Meinicke restent seules positives au cours d'une syphilis traitée. Leur indication est formelle. Le traitement doit être poursuivi alors même que la thérapeutique antérieure aurait pu paraître suffisante.

P. VIGNE.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Erythème noueux et néphrite après section de brides chez une tuberculeuse, par F. COSTE et J. BERNARD. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **50**, n° 34, 24 décembre 1934, p. 1680.

Un érythème noueux typique apparaît chez un tuberculeux sept jours après la section d'une bride pleurale. Il s'accompagne d'une altération de l'état général très importante et d'une poussée de néphrite hémorragique, albumineuse et azotémique remarquablement éphémère. Ultérieurement survint une perforation pulmonaire avec épanchement pleural purulent qui fourmillait de streptocoques. Sans mettre en doute l'origine foncièrement tuberculeuse et la nature allergique des accidents présentés par le malade, il y a lieu de discuter la possibilité du rôle déclenchant du streptocoque. Cette question des allergies associées non seulement tuberculo-streptococcique mais de toute sorte, mérite dans de nombreux cas d'être considérée. Dans l'ordre expérimental, les recherches de Bordet sur l'allergie non spécifique, celles des auteurs ayant étudié les phénomènes de Schwartzmann-Sanarelli sont les plus suggestives. Discussion à laquelle ont pris part Cathala, E. Bernard, Rist, L. Kindberg, Paraf, Ravina, Detri, Kourilsky, Milian.

H. RABEAU.

Strumite syphilitique, par J. DECOURT, J. BERTRAND et A. MALINSKI. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* série 3, année **50**, n° 34, 24 décembre 1934, p. 702.

Femme de 48 ans, porteuse depuis l'enfance d'un petit nodule goitreux développé aux dépens de la pyramide de Lalouette. Ce nodule qui n'avait jamais subi de modification et n'avait jamais entraîné de trou-

bles fonctionnels jusqu'en 1929, commence d'augmenter de volume ainsi que le reste de la glande. Parallèlement s'installent des signes d'hyperthyroïdie. La coexistence, chez cette malade, d'un tabès, d'une lésion aortique et d'un Wassermann positif, font suspecter le rôle de la syphilis dans l'évolution des lésions thyroïdiennes. Un traitement bismuthique fit régresser les signes fonctionnels et abaisser le métabolisme basal, en même temps que la glande reprenait ses dimensions normales. H. Rabaau.

Erythème noueux au cours d'une cortico-pleurite tuberculeuse et d'un abcès bismuthique de la peau évoluant simultanément, par Ch. Flandin, Pouneau-Delille et P. Auzepy. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, série 3, année **50**, nº 35, 31 décembre 1934, p. 1751.

Intéressante observation d'un malade qui au cours d'un traitement bismuthique pour une syphilis récente présente un fléchissement de l'état général et développe une cortico-pleurite tuberculeuse. Dans le même temps il se forme un abcès bismuthique. Sur ce terrain particulier évolue un érythème noueux, avec, au début, cuti-réaction négative à la tuberculine. H. Rabeau.

La Presse Médicale (Paris).

A propos des cancers de la joue, quelques remarques et quelques résultats, par Dan Theodoresco et Otto Hofek. *La Presse Médicale*, année **42**, nº 101, 10 décembre 1934, p. 2040, 7 fig.

C'est un cancer rare ; sur 700 tumeurs malignes buccales les auteurs en ont observé 40 cas. Le plus souvent la lésion primitive est située sur la face muqueuse de la joue. C'est un cancer à évolution rapide. Le traitement chirurgical donne les meilleurs résultats. Ils publient leurs résultats et leur technique. 48,6 o/o sans récidive après une observation de plus de 30 mois. Certains malades ont été traités en même temps par la radiothérapie. H. Rabeau.

Application de l'histidine au traitement local de certaines lésions cutanées, par M. Chaps et A Alechinsky. *La Presse Médicale*, année **42**, nº 104, 24 décembre 1934, p. 2100.

Les auteurs ont essayé sur 10 malades l'action locale des acides aminés sur l'évolution des ulcères ou ulcérations cutanées rebelles de diverses origines. L'histidine en solution aqueuse au millième est appliquée en pansement local une fois par jour. Ce pansement est très bien toléré et on voit rapidement l'ulcère se déterger, puis présenter un aspect et une coloration de bon aloi. La disparition de l'action toxique due à la pullulation microbienne supprime l'entrave apportée à la défense de l'organisme. Le traitement par l'histidine a eu une action très favorable sur l'évolution de ces ulcères. H. Rabeau.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Inoculations du pian aux paralytiques généraux (Frambœsie impfungen auf Paralytiker), par J. Van der Schaar. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **70**, fasc. 4, décembre 1934, p. 185.

Jahnel et Lange avaient inoculé à des P. G. des souches de spirochètes *pertenuis* provenant du lapin ; les malades s'étaient tous montrés réfractaires. S. a fait des inoculations d'homme à homme (inoculation de sérosité et implantation de fragments de papules). Sur 26 malades, ils ont pratiqué 41 inoculations (dont 40 avec la sérosité seule) : malgré une observation prolongée et les précautions d'asepsie les plus sérieuses, 40 inoculations sont restées négatives. Une fois, après inoculation de fragments, des auteurs ont obtenu un chancre pianique : il s'agissait d'un malade avec réaction Wassermann négative dans le sang et le liquide. Des fragments de même provenance ont été, après ce résultat positif, inoculés à 7 autres syphilitiques sans aucun succès. Ces faits confirment les recherches de de Jahnel et Lange ; ils montrent en outre que chez l'homme il s'agit d'une « pan-immunité » et non d'une « immunité de souche » comme chez l'animal. L. Chatellier.

L'origine de la fluorescence à la porphyrine dans la bouche et sur la peau (Die Ursache der Porphyrin-Fluoreszenz in der Mundhöhle und auf der Haut), par C. Carrié. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **70**, fasc. 4, décembre 1934, p. 189.

Les rayons ultra-violets (i. e. débarrassés des rayons visibles et protégés des rayons rouges qui traversent le filtre de Wood) permettent de découvrir les fluorescences mêmes faibles. Cette fluorescence rend de grands services dans les mycoses de la peau et des poils. Mais la nature de la substance fluorescente était inconnue, car, sur milieux ordinaires, les parasites ne donnent aucune fluorescence. Sur le milieu de Fink (eau de source : 1.000 ; sucre brut : 100 ; urée : 1 gramme ; chlorure de Ca : 0,50 ; sulfate de Mg : 0,4 ; monophosphate de K : 0,75 ; biphosphate de Na : 0,25), elle est facile à obtenir. La fluorescence rouge est due à la coproporphyrine, mais l'on ignore son origine. C. et v. Mallinckrodt-Haupt ont voulu vérifier l'hypothèse que cette porphyrine provenait des microorganismes et n'avait rien à voir avec le pigment sanguin. Ils ont étudié surtout la fluorescence de la langue, des dents et des lésions cutanées où elle se rencontre. Ils ont aussi étudié les cultures des microorganismes très divers qui en provenaient ; ils n'ont obtenu de fluorescence que sur les cultures en milieu de Find, où l'on rencontrait un certain bâtonnet à Gram positif, qui est vraisemblablement un saprophyte vulgaire de ces divers territoires. L'on semble donc en droit d'éliminer la formation de coproporphyrine aux dépens du pigment rouge du sang.

L. Chatellier.

Sur l'influence de la quantité de milieu, de la « lumière » et du nombre de germes ensemencés sur le développement des champignons (Ueber den Einfluss der Nährbodenmenge, des « Lichtes » und der verimpften « Keimzahl » auf das Wachstum von Pilzen), par H. Hruszek. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **70**, fasc. 4, décembre 1934, p. 197, 1 f.

1° Les dilutions de germe vont de 1/10.000^{e} à 1/10.000.000.000^{e}. A partir du cent millionième, l'on constate un retard appréciable dans le développement des cultures ; comme pour les microbes, aux très fortes dilutions il existe une période de latence où les cultures restent invisibles à l'œil nu. Ce fait pourrait expliquer certaines variations dans l'incubation des mycoses humaines.

2° Les rayons X ne paraissent avoir aucune influence sur le développement des cultures ; les diverses couleurs non plus ; mais il y a alors des modifications dans la pigmentation des colonies.

3° En faisant varier la quantité de milieu, l'on constate qu'il existe un rapport direct entre le développement des colonies et la quantité de milieu ensemencé : les colonies sont d'autant plus considérables que le milieu est plus abondant. L. Chatellier.

Sur l'action inhibitrice de l'antivirus et sur le traitement local par l'antivirus de la furonculose (Ueber die inhibitorische Wirkung des Antivirus und über lokale Antivirustherapie bei Furunkulose), par E. M. Lewin, J. M. N. Lewin et M. S. Rabinowitsch. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **70**, fasc. 4, décembre 1934, p. 202.

L'antivirus staphylococcique, sur la peau normale et sur la peau avec pyodermite, diminue la quantité des staphylocoques qu'on trouve sur la peau. Appliqué en pansement humide autour du furoncle et dans sa cavité, ou injecté sous la peau avoisinante, il atténue ou supprime la douleur, il accélère la guérison et empêche la pullulation des furoncles.

Même action favorable pour l'hidradénite axillaire. L. Chatellier.

Méthodes pour établir et traiter les dermatoses allergiques d'origine alimentaire (Methoden zur Feststellung und Behandlung nutritiv-allergischer Dermatosen), par E. Urbach. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **70**, fasc. 4, décembre 1934, p. 214.

Revue générale très intéressante où l'auteur expose les procédés (parfois délicats et longs) pour découvrir l'origine alimentaire de certaines dermatoses et pour les traiter (désensibilisation). L. Chatellier.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Deux cas d'ulcérations génitales, répondant cliniquement à l'ulcère aigu de la vulve, avec constatations bactériologiques différentes (Neuerliche Gegenüberstellung von zwei Fällen mit Genitalgeschwürsprozessen, im klinischen Bilde dem Ulcus vulvæ acutum entsprechend, im bacteriologischen Befund verschieden), par G. Scherber. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 48, 1er décembre 1934, p. 1553.

S. rappelle que les « ulcérations aphteuses », les « ulcères pseudo-

tuberculeux » des organes génitaux de la femme ne sont rien d'autre que l'ulcère aigu de la vulve décrit par Lipschütz et par Czapin. Ces ulcérations peuvent s'accompagner d'aphtes buccaux et même d'éruptions cutanées (érythème noueux). L'agent causal est le *bacillus crassus*, qui est identique au « bacille du vagin » de Döderlein. Histologiquement, les ulcérations sont constituées par un infiltrat à cellules rondes, à polynucléaires, plasmocytes et à fibrocytes, a vec parties nécrosées et graves altérations vasculaires parfois profondes. On y trouve le bacille ; la culture fraîche inoculée dans la paroi du vagin du cobaye provoque une ulcération, riche en bacilles.

S. rapporte l'observation d'une femme de 69 ans, qui présente au niveau des grandes et petites lèvres des ulcérations et des érosions papuleuses, très douloureuses et qui guérissent par les bains de siège chauds et le dermatol ; dans les ulcérations, *bacillus crassus*. Aucun signe ni antécédent de tuberculose.

Une deuxième observation concerne une jeune femme présentant des lésions identiques cliniquement, mais où l'examen ne montre que du staphylocoque blanc. Dans ce cas, il y a eu des récidives. Reliquat de tuberculose pulmonaire.

Les analogies cliniques sont frappantes, malgré l'étiologie différente. Aucun lien à établir avec la tuberculose. L. Chatellier.

Balanite spécifique (syphilitique) (Balanitis specifica (luetica)), par J. Follmann. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 48, 1er décembre 1934, p. 1558, 1 f.

Un malade se présente avec une balanite étendue au gland et à la face muqueuse du prépuce, qui a débuté 10 jours auparavant ; et avec une adénopathie indolente de l'aine gauche, apparue depuis quelques jours seulement. Aucune autre manifestation cutanée-muqueuse. Les deux derniers coïts remontent à 6 et 3 semaines. On ne trouve aucun chancre, ni aucune uréthrite. Le gland et le prépuce laissent sourdre une sérosité claire, abondante, qui se renouvelle immédiatement après le séchage. Dans cette sérosité, très nombreux spirochètes pâles, quelques microbes, pas de bacilles fusiformes, pas d'autres spirochètes. Des examens ultramicroscopiques répétés donnent les mêmes résultats. La réaction Wassermann est positive. L'histologie montre un infiltrat péri-vasculaire lympho-plasmocytaire, et réaction fibro-plastique modérée. F. pense avec raison que cette balanite représente une lésion initiale, et qu'il importe d'en connaître l'existence. L. Chatellier.

Formation osseuse dans le grand nerf auriculaire gauche, accompagnée d'une zone anesthésique dans la fosse rétromaxillaire (Steinbildung im linkseitigen Nervus auricularis magnus, begleitet von einer anästhetischen zone in der Fossa retromandibularis), par M. Ota et S. Sato. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 49, 8 décembre 1934, p. 1590, 5 fig.

Un jeune paysan de 25 ans présente depuis 3 ans une zone d'anesthésie de la fosse rétro-maxillaire gauche ; le nerf auriculaire est le siège

d'une tuméfaction dure, longue de 3 cm. 5. L'examen histologique de la tumeur montre un épaississement marqué de l'épineurium, qui repousse de côté les fibres nerveuses et même, en certains points, les détruit complètement. Dans la gaine épaissie, on note une masse sans structure, calcifiée en grande partie, et d'où l'on a pu isoler une pierre grosse comme la moitié d'un grain de riz. La masse amorphe est entourée d'un tissu de granulation qui contient, outre du fibroblastes, lymphocytes et plasmocytes, quelques cellules épithélioïdes ou géantes. Lèpre ou tuberculose ? Impossible de se prononcer sur ce seul cas. L. CHATELLIER.

Sur l'action prophylactique du solusalvarsan chez l'animal (Ueber die prophilaktische Wirkung des Solusalvarsans im Tierexperiment), par R. WAGNER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, nº 50, 15 décembre 1934, p. 1611.

Les faibles doses de solusalvarsan (10 mgr. par kilo) provoquent une régression plus vive du chancre par implantation que du chancre par scarification. Est-ce la conséquence des variations dans la résorption du solusalvarsan intramusculaire ou des différences de croissance de ces deux sortes de chancre ? La « dose thérapeutique » du médicament n'est pas 5 à 10 milligrammes, mais 15 milligrammes par kilo, pour le lapin. Cette dose, injectée 2-3 heures avant l'inoculation, n'a aucune action prophylactique ; mais elle peut être préventive de l'infection générale, quand elle est employée 2-3 heures après l'inoculation. La dose de 20 milligrammes par kilo, injectée 2 heures avant ou après l'inoculation, arrête le développement de l'infection. L. CHATELLIER.

Sur l'action prophylactique des rayons ultra-violets contre la dermite chrysarobinique chez les psoriasiques (Ueber prophylaktische Wirkung der ultravioletten Strahlen gegen chrysarobindermatitis bei Psoriasis vulgaris), par N. MASCHKILLEISSON et A. ABRAMOWITSCH. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, nº 50, 15 décembre 1934, p. 1614.

L'irradiation cutanée préalable par les rayons ultra-violets protège les malades contre la dermite et même l'irritation chrysarobinique. D'où l'augmentation de l'efficacité thérapeutique de ce produit et l'utilité d'associer les deux procédés. L. CHATELLIER.

Le naphtalan à l'hôpital et en clientèle (Naftalan in klinik und Praxis), par W. CASPER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, nº 50, 15 décembre 1934, p. 1615.

Le naphtalan qui est une combinaison chimique insoluble d'huile minérale et de savon, tirée du naphte brut, a été préconisé depuis longtemps. Il constitue une pommade douce, non irritante, décongestionnante et sans toxicité. Sa résorption rapide et sa consistance (point de fusion 65°-70°) en font un excipient remarquable. Son action thérapeutique est à la fois celle du l'ichtyol et du coaltar, l'irritation et l'odeur en moins. Il peut s'employer dans les lésions suintantes aiguës, contre le prurit, dans l'eczéma à tous les stades, seul ou associé à d'autres produits, comme le tuménol. L. CHATELLIER.

Le Milium (Hautmilien), par F. Dietel. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 51, 22 décembre 1934, p. 1637, 5 fig.

Le milium primitif est rangé parmi les affections congénitales. Le milium secondaire, qui ne s'en différencie ni histologiquement ni cliniquement, fait suite à nombre d'affections cutanées. D. a eu l'occasion d'observer un milium des mains et des coudes chez une jeune fille à la suite d'une dyshidrose. L'affection avait une tendance à la régression spontanée. L'examen histologique montre qu'il s'agit de formations kystiques par rétention cornée en relation probable avec l'appareil sudoripare ; l'évolution histologique prouve que la peau traite les petits kystes comme des corps étrangers, dont elle s'efforce de se débarrasser.

L. Chatellier.

Stigmates professionnels chez les couturières (Berufskennzeichen bei Näherinnen), par W. Engelhardt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 51, 22 décembre 1934, p. 1640, 2 fig.

Chez deux couturières, E. a constaté une kyperkératose grise ou grisnoirâtre des coudes, qui est due à l'irritation mécanique par frottement et pression sur le plateau de la machine à coudre. L. Chatellier.

La valeur du vaccin streptobacillaire comme moyen diagnostique et thérapeutique du bubon inguinal (Der Wert der spezifischen Ducrey Streptobazillenvakzine als Diagnostikum und Therapeutikum beim Bubo-inguinalis), par Yü Ten-Pe. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 51, 22 décembre 1934, p. 1642.

L'auteur confirme la valeur du Dmelcos comme agent thérapeutique et comme moyen de diagnostic par l'intradermoréaction, et un résultat négatif de celle-ci n'empêche pas l'action curatrice dans maints bubons. Dans ces cas-là, une biopsie est nécessaire. Le Dmelcos joint à son efficacité spécifique une action non spécifique, car il réussit souvent dans les adénopathies non chancrelleuses. L. Chatellier.

Peut-on pratiquer la ponction occipitale ambulatoire dans son cabinet? (Darf die Okzipitalpunktion ambulant in der Sprechstunde ausgeführt werden ?), par J. Schmitz. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 51, 22 décembre 1934, p. 1642.

Memmesheimer a répondu affirmativement à cette question ; c'est le sentiment aussi de S., qui en a déjà pratiqué sans incident 75 : les malades peuvent rentrer facilement chez eux. Il signale toutefois un cas où la ponction a provoqué une hémorragie sans gravité de la citerne. Mais cet emploi de la ponction occipitale exige une pratique très longue, faite d'abord sous une bonne direction. L. Chatellier.

Pratique de la cure ambulatoire des varices en clientèle (Praktische Erfahrungen mit ambulant in der Sprechstunde ausgeführter Varizenverödung), par J. Schmitz. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, n° 51, 22 décembre 1934, p. 1646.

Les lésions cutanées secondaires aux varices sont assez variées et

importantes pour attirer l'attention du dermatologiste. La cure d'oblitération est devenue de plus en plus nécessaire. Avant de l'entreprendre, il faut d'abord s'assurer qu'il n'y a aucune tare viscérale ou générale (le diabète en particulier), qu'il n'y a pas de phlébite ou récente ou profonde, que la circulation veineuse profonde n'est pas bouleversée aussi. La technique doit être sûre. S. se sert d'une solution salée à 20 o/o, stérile et fraîche. Sur 300 malades traités dans son cabinet, S. n'a jamais constaté d'accidents sérieux. Les réactions inflammatoires ou douloureuses cèdent rapidement au repos dans la plupart des cas. L. CHATELLIER.

Sur la clinique de la sarcoïde de Bœck (Zur Klinik des Bœckschen Sarkoids), par Y. KLAUDER et D. WEIDMAN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, no 52, 29 décembre 1934, p. 1665, 3 fig.

K. et W. se réfèrent à l'article de Maschkilleison et Jakobson paru dans le *Derm. Woch.*, 1934, n° 23. L'observation de M. et J. est identique à celle publiée par K. et W. en 1925 : jeune négresse de 23 ans, chez qui apparaît une éruption généralisée de nodules papulo-squameux, qui évoluèrent en 21 mois vers la cicatrice, bon nombre après ulcération ; adénopathies, dactylite avec érosion corticale de toutes les phalanges. Réaction à la tuberculine négative ; structure granulomateuse des lésions ; inoculation et recherche directe de bacilles négatives. La malade mourut 28 mois après le début de l'éruption : bacilles dans les crachats, entérite tuberculeuse, ganglions mésentériques caséeux, tuberculose pulmonaire (obs. in *Arch. of Derm.*, 1926). K. et W. rapportent les observations (plus de 12) publiées en Amérique. Elles concernent, sauf une, des noirs. Pour Crawford cette lésion est provoquée par les formes non bacillaires du microbe de la tuberculose. Dans un cas, Rauschkolb a mis en évidence un bacille aviaire. Aussi les auteurs admettent qu'il s'agit d'une forme déterminée de tuberculose cutanée et non de sarcoïde, peut-être un intermédiaire entre celle-ci et le lupus (arguments cliniques, bactériologiques et histologiques contre la sarcoïde dans de telles observations).

L. CHATELLIER.

L'auro-detoxin dans le traitement du lupus érythémateux (Auro-detoxin in der Behandlung des Lupus erythematodes), par H. VOGT. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, no 52, 29 décembre 1934, p. 1668.

L'auro-detoxin est le dérivé d'une albumine riche en soufre ; sa teneur en Au est faible (9 o/o), sa toxicité faible et sa tolérance considérable. V. publie 2 observations qui confirment ces qualités du produit et son efficacité supérieure à celle des autres composés auriques dans le traitement du lupus érythémateux. L. CHATELLIER.

Contribution à l'étiologie et à la clinique de l'acanthosis nigricans (Beitrag zur Ætiologie und Klinik der Acanthosis nigricans), par E. BODENSTEIN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **99**, no 52, 29 décembre 1934, p. 1670.

Observation typique d'*A. nigricans*, chez une femme de 38 ans atteinte d'un épithélioma gastrique. Les recherches interférométriques montrent

un trouble pathologique très marqué de la fonction surrénale, probablement lié à une compression de la glande ou à une métastase intraglandulaire. Les résultats concernant l'hypophyse et la parathyroïde témoignent d'une perturbation, moins forte, de la fonction de ces deux glandes (perturbation directe ou indirecte?). Ces constatations confirment l'importance de la surrénale dans la pathogénie de l'*A. N.*

L. CHATELLIER.

Wiener klinische Wochenschrift.

Recherches sur l'augmentation de la sensibilité de la réaction de déviation (Introduction de la recherche de l'hémolyse minima dans la technique de la réaction de déviation) (Versuche zur Empfindlichkeits steigerung der Komplement bindungsreaktion (Einführung der Minamal-Hemolysis (Minimalysis) Indikation in die Methodik der Komplement bindungs-Verfahren), par P. SCHWARZ. *Wiener klinische Wochenschrift*, année 47, n° 48, 30 novembre 1934, p. 1451.

Il n'est pas possible de donner un résumé complet de cet article où l'auteur décrit avec détail sa technique ; je me bornerai à indiquer les idées directrices de la réaction.

On sait que les réactions de floculation sont plus sensibles que la réaction de Wassermann. S. a voulu étudier s'il n'était pas possible d'accroître la sensibilité de la réaction d'hémolyse, sans risquer toutefois les résultats non spécifiques. Or dans les techniques habituelles, on se sert de sérum inactivé à 56° pendant une demi-heure, d'antigène cholestériné, d'alexine, et enfin d'un système hémolytique fixe bien dosé. Tout le monde sait que le chauffage diminue les réagines des sérums faiblement positifs ; l'antigène cholestériné absorbe une certaine dose d'alexine ; enfin les hématies peuvent fixer spontanément une partie des réagines sériques.

Aussi la technique préconisée par S. se propose d'utiliser, d'une part l'hémolysine naturelle et le complément du sérum frais et d'autre part, des doses faibles d'hématies (0,25 d'une suspension à 2 0/0). Mais l'hémolysine et l'alexine du sérum frais sont variables : pour parer aux insuffisances de l'une ou de l'autre, S. ajoute un tube de sécurité avec d'une part, un complément dilué à 2 0/0 (0,25) et une suspension d'hématies sensibilisées. Le sérum à examiner est employé à doses variables de façon à apprécier la limite de l'hémolyse. Bien entendu, le contrôle du pouvoir anticomplémentaire a été fait. Enfin l'antigène, par son alcool, peut exercer une influence empêchante, d'où pour la comparaison l'addition, aux tubes témoins, d'une quantité d'alcool égale à celle apportée dans les tubes de réaction par l'antigène. Fixation à la glacière : 5 heures au bain-marie à 37°. Lecture après addition des hématies à intervalles variés : 10 heures après bain-marie, 1 heure à la température ordinaire et après sédimentation des globules rouges. De la sorte, on arrive à apprécier les hémolyses les plus légères. S. a examiné par cette

technique 1.600 sérums et a pu constater une augmentation des résultats positifs comparativement aux techniques habituelles de déviation.

L. Chatellier.

Bruxelles Médical.

De la nécessité des séroractions parallèles en syphiligraphie (déviation du complément et floculation), par R. Bernard et F. Van den Branden (Bruxelles). *Bruxelles Médical*, année **15**, n° 7, 16 décembre 1934, p. 188.

Les auteurs ont étudié les valeurs comparées des réactions de Hecht, de Stern, de Calmette et Massol avec le Bordet-Wassermann. De même avec la réaction de Kahn, et une réaction de floculation A. B. F. (Antigène-Bruxelles-Floculation). Ces deux réactions sont plus sensibles que leurs devancières. Il importe donc de toujours pratiquer plusieurs réactions de contrôle, et de faire soit un Bordet-Wassermann ou un Calmette-Massol en même temps que la réaction de Kahn, ou un A. B. F.

H. Rabeau.

Revista medica de Pernambuco.

Un cas de maladie de Recklinghausen (Un caso de doença de Recklinghausen, par Rinaldo de Azevedo. *Revista medica de Pernambuco*, année **4**, n° 10, octobre 1934, p. 203.

Observation de maladie de Recklinghausen avec hypercalcémie. Une radiographie montre un élargissement de la selle turcique. L'auteur pense que l'affection est en rapport avec une tumeur de l'hypophyse.

J. Margarot.

The Chinese Medical Journal (Péking).

Syphilide papuleuse de la conjonctive bulbaire (Papular syphilide of the bulbar conjunctiva), par Ch'in et Hu. *The Chinese Medical Journal*, vol. **48**, n° 9, septembre 1934, p. 852.

La syphilide secondaire du globe oculaire est d'une extrême rareté ; elle a été rarement signalée dans les traités d'ophtalmologie ; C. et H. n'en ont observé qu'un seul cas en cinq ans sur 4.000 malades.

Il s'agissait d'une masse charnue, semi-transparente, de consistance gélatineuse, située sur la conjonctive bulbaire au-dessus du limbe, à peine douloureuse mais gênante comme un corps étranger et déterminant un peu de larmoiement et de photophobie. Cette lésion contenait des tréponèmes ; le Bordet-Wassermann et le Kahn étaient positifs, le liquide céphalo-rachidien normal ; la guérison était obtenue rapidement par le novarsénobenzol.

L'aspect de cette lésion évoquait l'idée d'un lymphangiome, d'un néoplasme ou d'une phlyctène et seule la coexistance d'autres manifestations typiques de syphilis secondaire a permis d'en faire le diagnostic.

En dehors d'une apparence gélatineuse particulière cette lésion ne présentait aucun caractère distinctif. S. Fernet.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Premiers essais de thérapeutique dermo biophylactique (méthode de Savulesco) (Primeros ensayos de terapeutica dermobiofilactica (metodo de Savulesco), par Javier M. Tome Bona, A. Escartiu et E. J. Aliaga. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, nº 2, novembre 1934, p. 184.

Savulesco, associant l'idée de désensibilisation aspécifique aux principes de l'immunisation locale de Besredka et de la biophylaxie de Tzanck, réalise une biophylaxie et une désensibilisation locales par injection intradermique de substances protéiques.

Il utilise un mélange de lait et de sang du malade dans la proportion de 2 centimètres cubes de lait pour 5 centimètres cubes de sang (Hémogalact). L'introduction intradermique est réalisée par des intradermo-réactions groupées et confluentes, de manière à opérer sur un territoire cutané étendu. Une triple action se trouve ainsi réalisée d'après l'auteur :

1º Une dose massive d' « Hémogalact » intradermique produit une dermo-cytoclasie qui élabore une dermo-biophylaxine ;

2º Les injections répétées de *doses élevées* tous les deux ou trois jours réalisent une protéino-désensibilisation *non spécifique*, différente de l'antianaphylaxie de Besredka qui est réalisée par l'introduction parentérale de *petites doses* de substances sensibilisantes et qui est *spécifique* ;

3º Une stimulation générale résulte de l'excitation des terminaisons nerveuses.

Les essais de l'auteur portent sur 18 malades. La guérison a été obtenue dans quatre eczémas aigus ; les résultats sont moins brillants dans 10 eczémas chroniques, bien que l'amélioration soit nette. Ses conclusions sont favorables à la méthode, mais moins optimistes que celles de Savulesco. Il continue ses recherches. J. Margarot.

Virusthérapie rabique dans les algies tabétiques (Virusterapia rabica a las algios tabeticas), par Luis de la Cuesta Almonacid et Alberto Mateo Alonso. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, nº 2, novembre 1934, p. 187.

Tommassi préconise l'emploi du virus rabique atténué dans le traitement non spécifique des tabès et de la paralysie générale. L'auteur utilise cette thérapeutique dans les algies tabétiques. Sur 6 malades il compte 2 guérisons, 2 améliorations et 2 échecs. J. Margarot.

Adénites tuberculeuses donnant lieu à des gommes cutanées et simulant la syphilis (Adenitis tuberculosas que ocasionan gomas cutaneos y simulan sifilis), par F. Lopez Muélledes et D. Iglesias Sanchez. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, nº 2, novembre 1934, p. 192, 5 fig.

Une femme de 17 ans, présente sur le cou, dans la région sus-claviculaire et en avant du sternum des tuméfactions dont l'évolution torpide

aboutit à des fontes gommeuses d'aspect hautement syphiloïde. Les recherches biologiques, l'échec du traitement spécifique établissent la nature tuberculeuse des lésions et leur origine ganglionnaire.

J. MARGAROT.

Une forme rare d'achromie parasitaire, l'achromie consécutive à l'érythrasma (Une forme rare de acromia parasitaria, les acromia post-eritrasma), par GALLEGO CATALAYUD. *Actas dermosifiliograficas*, année 27, n⁰ 2, novembre 1934, p. 202, 2 fig.

Chez deux malades un érythrasma, traité par l'héliothérapie, a subi la transformation achromique. J. MARGAROT.

Valeur diagnostique de l'allergie chancrelleuse. Intradermo-réaction de Ito-Reenstierna (Valor diagnostico de la alergia chancrosa. Intradermoreaccion de Ito-Reenstierma), par EDUARDO DE GREGORIO. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n⁰ 2, novembre 1934, p. 207.

Communication faite au Ve Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française à Lyon en juillet 1934. L'auteur conclut à la grande valeur de la réaction, qui doit entrer dans la pratique courante. J. MARGAROT.

Résultats thérapeutiques obtenus avec un nouveau salvarsan dans la syphilis précoce active (Resultados terapeuticos conseguidos con un nuevo salvarsan en sifilis precoz activa), par A. PÉNA MARQUEZ et F. BENAVENTE FERNANDEZ. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n⁰ 2, novembre 1934, p. 216.

Le néo-salvarsan espagnol, ou néo-spirol (dioxy-di-amino-arsénobenzeno-méthan-sulfosilate sodique) est facile à dissoudre, s'oxyde très tardivement et par suite est peu toxique. Sa tolérance est parfaite. Il donne de bons résultats. Sa valeur thérapeutique est égale à celle des autres préparations salvarsaniques. J. MARGAROT.

Syphilis pseudo-cryptogénétique (Sifilis seudo-criptogenetica, par CEFERINO AGUILERA MARURI. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n⁰ 2, novembre 1934, p. 232.

Une abondante hémorragie se produit à la suite d'une petite blessure du frein survenue au cours d'un coït. Pour éviter le retour d'un incident semblable, le frein est enlevé au thermo-cautère les jours suivants. La cicatrisation se fait normalement.

Un mois après on voit apparaître une syphilis papuleuse, avec céphalalgie, plaques muqueuses, etc. Une adénopathie inguinale du type primaire signe l'origine génitale de la contamination. L'auteur admet une pénétration massive des tréponèmes dans le sang par la plaie du frein. J. MARGAROT.

Un cas de nævus hyperkératosique, pigmentaire et pileux généralisé (Maladie nævique) (Un caso de nevus hiperqueratosico, pigmentario y piloso generalizado (enfermedad nevica), par JAVIER M. TOME BONA et M. CARDENAS. *Actas dermosifiliograficas*, année 27, n⁰ 2, novembre 1934, p. 235, 5 fig.

Un nævus pigmento-pileux géant occupe les flancs, le dos, le ventre et les deux tiers supérieurs des cuisses. Sur les autres régions du corps on voit de nombreux éléments de même type, parmi lesquels quelques-uns sont très hyperkératosiques. J. MARGAROT.

Action de la première série arsenicale sur les séro-réactions de la syphilis dans les périodes primaire et secondaire et considérations sur la convenance d'un traitement mixte conjugué dans le traitement d'attaque de la syphilis (Accion de la primera seria arsenical sobre las sero-reacciones de la sifilis en los periodos primario y secundario y consideraciones sobre la conveniencia de un tratamiento mixto conjugado en el tratamiento de ataque de la sifilis, par XAVIER VILANOVA et RAMON ANDREN. *Actas dermo-sifiliograficas,* année **27**, n⁰ 2, novembre 1934, p. 241.

Les recherches des auteurs les amènent à conclure que le premier traitement arsenical chez les malades atteints de syphilis primo-secondaire récente, ne rend les réactions sérologiques négatives que dans 27 o/o des cas, bien que le médicament ait été administré à des doses suffisantes et que l'examen sérologique ait été pratiqué entre le 20ᵉ et le 30ᵉ jour suivant la dernière injection.

Si l'on met à part les cas de chancres accompagnés d'une sérologie positive mais non d'accidents secondaires cutanéo-muqueux, le pourcentage des réactions négatives n'augmente pas. Il est de 26,6 o/o.

Les réactions deviennent négatives dans l'ordre suivant, par ordre de fréquence : Vernes ; Meinicke T. R. ; Wassermann et Hecht.

Le traitement mixte arséno-bismuthique augmente notablement le nombre des résultats sérologiques négatifs. La proportion s'élève à 58 o/o dans la statistique de l'auteur, alors qu'elle est de 95 o/o d'après les recherches de Sézary. J. MARGAROT.

Sur l'acné hypertrophique du nez ou rhinophyma (notes de chirurgie esthétique) (Sobre el acne hipertrofico de la nariz orinfima (notas de cirurgia estetica)), par EDUARDO LEDO. *Actas dermo-sifiliograficas,* année **27**, n⁰ 2, novembre 1934, p. 249, 1 fig.

L'auteur applique la technique de la décortication, étudiée par Dubreuilh en 1903. L'anse diathermique est préférable au bistouri dans un certain nombre de cas, en particulier dans les formes légères.

J. MARGAROT.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Un cas rare de granulome annulaire (Granuloma annulare-report of a unusual case), par GRAUER. *Archives of Dermatology and Syphilology,* vol. **30**, n⁰ 6, décembre 1934, p. 785, 3 fig.

Chez un enfant de 2 ans, porteur de granulome annulaire typique au poignet et à la jambe, il existait, dans la région pariéto-occipitale, six nodules sous-cutanés de la grosseur d'un pois à une bille, de consistance cartilagineuse, de surface lisse, mobiles sous une peau normale

mais adhérents aux plans profonds. La radiographie ne révélait aucune lésion osseuse. L'examen histologique d'un des nodules, extirpé chirurgicalement, montra qu'il s'agissait d'un granulome presque avasculaire, constitué par un infiltrat dense de fibroblastes, de cellules épithélioïdes et de lymphocytes ; il existait, au centre, des foyers de nécrose au niveau desquels les fibres conjonctives étaient dégénérées et autour desquels les fibroblastes étaient rangés en une palissade radiée ; il n'y avait ni cellules géantes ni plasmocytes. En dehors d'une tuberculino-réaction positive, l'enfant ne présentait aucun signe de tuberculose.

S. Fernet.

Necrobiosis lipoidica diabeticorum, par Zeisler et Rayner Caro. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **30**, n° 6, décembre 1934, p. 796, 6 fig.

Deux observations de nécrobiose lipoïdique des diabétiques (Oppenheim). Il s'agit de plaques pseudo-sclérodermiques, légèrement papuleuses des membres inférieurs. Le centre déprimé est chamois ou jaune, les bords, bleus violacés, sont richement vascularisés. Ces lésions ont pour substratum des vascularites thrombosantes déterminant des foyers de nécrose contenant des fibres collagènes épaissies et infiltrées de globules graisseux. Les deux processus, vascularite et dépôt secondaire de lipoïde, relèvent du diabète. S. Fernet.

Lymphogranulomatose inguinale. Conservation de l'antigène de Frei par la dessiccation ; sa concentration dans le pus frais et dans le pus desséché (Lymphogranuloma inguinale. Preservation of Frei antigen by drying ; its concentration in fresh and in dried pus), par Grace. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **30**, n° 6, décembre 1934, p. 823.

Le pus du bubon lymphogranulomateux peut être séché dans le vide froid sans perdre ses propriétés antigéniques.

G. a utilisé un puissant appareil à vide muni intérieurement de deux récipients, l'un contenant du CO^2 solide et communiquant avec l'extérieur, l'autre contenant du P^2O^5 solide. Le pus à dessécher était placé dans des boîtes de Petri ouvertes, reposant sur le récipient refroidi. Sous l'influence de la pression, du froid et de la déshydratation, agissant pendant au moins 24 heures, le pus est transformé en une poudre blanc jaunâtre, légère, dont le poids correspond au 1/5e environ du pus qui a servi à la préparer. Cette poudre est scellée dans des tubes de verre et sert ultérieurement à la préparation de l'antigène de Frei. Il suffit de la diluer dans du sérum physiologique et d'inactiver la solution par la chaleur.

Les réactions obtenues avec cet antigène concordent parfaitement avec celles que donne l'antigène de Frei ordinaire. L'antigène desséché a même un pouvoir antigénique légèrement supérieur et réclame une dilution plus grande soit qu'il se trouve plus concentré du fait de la dessiccation soit que le froid conserve mieux ses propriétés.

Le pus ainsi desséché dans le vide froid, scellé en ampoules et placé dans une glacière, paraît conserver ses propriétés indéfiniment.

S. Fernet.

International Journal of Leprosy.

Les lésions tuberculoïdes de la lèpre. Les « réactions » au cours de la lèpre tuberculoïde (Tuberculoid changes in leprosy. Lepra reaction in tuberculoïd leprosy), par Wade. *International Journal of Leprosy*, vol. 2, n° 3, août-octobre 1934, p. 279, 20 fig.

Les léprologues appellent « lepra reaction » des poussées aiguës pouvant aller de la névrite douloureuse ou de la tuméfaction d'une lésion isolée à l'exanthème généralisé ou à une aggravation subite de toutes les lésions, s'accompagnant de phénomènes toxiques et pouvant conduire à la mort. Ces « réactions » ne sont pas de simples poussées évolutives aiguës : tantôt l'aggravation persiste, passe à l'état chronique, tantôt, au contraire, elle s'amende et peut être suivie d'une amélioration ou même de la disparition complète de toutes les lésions.

Ces réactions constituent un phénomène fréquent et bien connu au cours des diverses formes de la lèpre nodulaire ou nerveuse.

W. consacre son travail à l'étude des « lepra reactions » au cours des formes tuberculoïdes, récemment isolées. Il en a observé 6 cas sur 40 de lèpre exclusivement tuberculoïde. Ces poussées paraissent quelquefois être déclenchées par l'administration de l'iodure de potassium. Elles sont de longue durée : on assiste à l'extension excentrique des placards figurés, à la tuméfaction de leurs bords actifs, à leur multiplication ; les troubles généraux paraissent moins marqués qne dans les lèpres nodulaires. Les nouvelles lésions sont des productions épithélioïdes exubérantes et diffuses ; on assiste quelquefois à leur transformation ultérieure en lépromes contenant des bacilles.

S. Fernet.

Nouvelle note sur l'abcès des nerfs dans la lèpre (A further note on nerve absces in leprosy), par Lowe. *International Journal of Leprosy*, vol. 2, n° 3, août-octobre 1934, p. 301, 6 fig.

L'abcès des nerfs constitue une particularité de la lèpre des Indes. On l'observe dans 2 o/o des cas environ. Il se produit exclusivement dans les formes nerveuses. Dans la moitié des cas, il paraît se développer sous l'influence de l'iodure de potassium. Il siège le plus fréquemment sur le cubital, mais aussi sur tous les autres troncs nerveux des membres et sur les nerfs cutanés des avant-bras et des jambes. Souvent plusieurs abcès sont échelonnés sur le même nerf; dans d'autres cas, il en existe sur des nerfs différents ; on a pu en compter jusqu'à quatorze sur un seul malade.

L'abcès débute en dedans de la gaine nerveuse ; il forme une tuméfaction fusiforme qui bombe sous la gaine et détermine de vives douleurs lorsqu'il siège sur un tronc nerveux. Lorsque la gaine a cédé, les

douleurs cessent ; l'abcès se développe sous la peau, il lui adhère, la perfore et il s'établit une fistule intarissable. Cette abcès froid communique avec une collection purulente à l'intérieur de la gaine ; quelquefois un véritable canal réunit plusieurs abcès échelonnés sur le même nerf. Le pus grumeleux ou caséeux contient des bacilles dans la moitié des cas environ.

L'abcès d'un nerf est souvent l'unique signe de la lèpre. On a tendance de lui attribuer la signification d'une « lepra reaction » et on lui accorde un pronostic favorable ; il est souvent suivi d'une rémission spontanée et il paraît témoigner d'un état d'immunité relative ; il n'est jamais suivi d'une aggravation aiguë.

Le meilleur traitement est le curettage chirurgical du foyer purulent après dissection du nerf. Il y a lieu d'y recourir toutes les fois qu'il existe une tuméfaction fusiforme et *douloureuse* sur le trajet d'un nerf.

S. FERNET.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

La réaction de Frei dans la lymphogranulomatose inguinale (The Frei test for lymphogranuloma inguinale), par STRAUSS et HOWARD. *The Journal of the American Medical Association*, vol. **103**, n° 24, 15 décembre 1934, p. 1830.

Dans un cas de lymphogranulomatose inguinale, la réaction de Frei a donné lieu a une pustule dont on a pu extraire 1/20e de centimètre cube de pus épais ; ce pus, dilué au 1/10e dans du sérum physiologique et inactivé par la chaleur a été utilisé pour effectuer des réactions de Frei sur cinq autres malades.

Ce nouvel antigène, utilisé parallèlement à des réactions de contrôle, s'est montré parfaitement spécifique et aussi actif que l'antigène de Frei.

L'interprétation de ce fait est d'autant plus délicate que le même phénomène a été signalé pour la sérosité prélevée sur des tuberculino-réactions, rendues phlycténoïdes par l'application d'un vésicatoire. On peut se demander si le principe actif de l'antigène de Frei se trouve dans le sang des malades et par conséquent aussi dans le pus de n'importe quelle lésion banale ; mais les expériences réalisées ont infirmé cette hypothèse ; le pus d'une lésion suppurée banale, évoluant chez un malade porteur d'une lymphogranulomatose inguinale ne possède aucune valeur antigénique. On ne peut admettre non plus qu'il se forme au niveau d'une réaction de Frei un antigène neuf, comme dans une lésion active, puisque la réaction n'est pas une inoculation et qu'elle n'est jamais suivie d'adénite. La seule explication plausible c'est qu'il peut rester, au niveau d'une réaction de Frei, une faible quantité d'antigène qui n'a pas été fixée par les anticorps.

S. FERNET.

American Journal of Cancer (New-York).

Développement de tumeurs multiples chez des animaux goudronnés et irradiés (Development of multiple tumors in tarred and radiated animals), par M. C. Bernhard et A. Thibaudeau. *The American Journal of Cancer*, t. **20**, n° 2, février 1934, pp. 380-386.

139 souris de 3 mois reçurent 2 fois par semaine pendant 1, [redacted] ou 3 mois des badigeonnages de goudron de houille, puis (à part les témoins) reçurent 970 R de rayons γ à 15 centimètres, répartis sur 1, 2, 3 ou 4 mois. A l'âge de 10 à 11 mois elles présentaient des épithéliomas multiples, sans relation de siège avec les badigeonnages. A la différence des épithéliomas du goudron, ces tumeurs n'étaient pas hyperkératosiques et ne s'accompagnaient que d'une faible stroma-réaction. A noter le développement des tumeurs surtout en dehors des zones badigeonnées au goudron, ce qui induit à penser que le rôle de celui-ci a pu consister dans une intoxication générale. G. Solente.

La simultanéité de tuberculose et de tumeur maligne (The simultaneous occurrence of malignancy and tuberculosis), par A. Thibaudeau. *The American Journal of Cancer*, t. **20**, n° 2, février 1934, pp. 408-417.

Ce sujet a suscité de nombreux travaux cliniques ou expérimentaux à conclusions contradictoires. D'après les chiffres de Th., sur 10.897 cas de cancers observés par lui, 22 ont montré l'association de lésions tuberculeuses actives, soit dans le champ microscopique lui-même, soit dans les aires adjacentes ou les ganglions tributaires. A noter que sur ces 21 cas 9 concernent l'atteinte de la peau (avec intrication intime des processus tuberculeux et cancéreux), 9 celle du sein (avec la même intrication dans 6 cas), les autres, celles de l'utérus ou de l'estomac. D'autre part, les autopsies ont montré 5,9 o/o de lésions tuberculeuses actives chez les sujets morts de cancer (siège toujours pulmonaire ou hilaire, sauf dans 2 cas de maladie de Hodgkin inclus dans la statistique). Th. conclut que l'irritation produite par une lésion tuberculeuse peut en certains cas être à l'origine du cancer. G. Solente.

Cancer primitif multiple (Multiple primary cancer as observed at the state institute for the study of malignant disease), par Bernard, F. Schreiner et William H. Welve. *The American Journal of Cancer*, t. **20**, n° 2, février 1934, pp. 418-424.

Sur 11.212 lésions malignes observées par les auteurs, 307 concernaient des cancers primitifs multiples et 85 des épithéliomas baso-cellulaires multiples de la peau (2 à 6 lésions simultanées chez le même patient). Dans 9 de ces cas d'autres organes étaient en même temps intéressés. D'autre part, dans 26 cas les épithéliomas cutanés multiples étaient spino-cellulaires et dans 53 les deux types existaient simultanément. De leur statistique les auteurs concluent que 2,7 o/o des cancers comportent des sièges primitifs multiples. L'épithéliome cutané baso-

cellulaire en est l'exemple le plus commun, ensuite le spino- ou squamo-cellulaire. Il n'est pas rare d'ailleurs de trouver simultanément spino-et baso-. Le siège à la fois cutané et endobuccal est le troisième comme fréquence. Enfin, 6 fois des sarcomes ont été trouvés associés à des épithéliomes. G. Solente.

Métastase inguinale d'un mélanome quatre ans avant l'apparition au talon de la lésion primaire (The metastasis of melanoma to the groin four years before the appearance of the primary lesion on the heel), par Seth Selig. *The American Journal of Cancer*, t. **20**, n° 3, mars 1934, p. 594.

Chez une femme de 47 ans, apparition d'une adénopathie inguinale; ablation. L'histologie montra qu'il s'agissait d'un mélanome non pigmenté. Mais aucune lésion du même territoire point de départ possible de cette métastase ne put être découverte. Ce ne fut que quatre ans et trois mois après qu'apparut un ulcère du talon. Il s'agissait d'un mélanome semblable qui fut traité. Deux ans après métastases crurales qui se multiplièrent malgré la radiothérapie. Mort par atteinte des centres nerveux. G. Solente.

Transplantation autogène accidentelle d'un cancer du sein à la cuisse lors d'une greffe cutanée (An accidental autogenous transplantation of a mammary carcinoma to the thigh during a skin-graft operation : a case report), par J. W. Spies, Frank, E. Adair et Merril C. Jobe. *The American Journal of Cancer*, t. **20**, n° 3, mars 1934, p. 606.

Chez une femme de 46 ans, ablation d'une tumeur du sein d'abord traitée au radium. Environ un mois après, insertion sur la brèche opératoire de greffes cutanées de Reverdin prélevées sur la cuisse droite. Environ deux mois après, apparition successive sur la zone du prélèvement de deux nodules. L'histologie montra qu'il s'agissait d'un cancer glandulaire infiltrant de type mammaire. Il y a lieu de penser qu'une transplantatation de cellules carcinomateuses eut lieu du sein à la cuisse au cours de la greffe. G. Solente.

Le dibenzanthracène 1 : 2 : 5 : 6 en tant qu'agent cancérigène (Dibenzanthracène 1 : 2 : 5 : 6 : as a carcinogenic agent). *The American Journal of Cancer*, t. **20**, n° 4, avril 1934, pp. 826-833.

Un produit synthétique, le dibenzenthracène 1 : 2 : 5 : 6 dont le spectre se rapproche de celui de substances cancérigènes connues se montra lui-même cancérigène. S. a vérifié son action en badigeonnages sur 127 souris albinos. Les avantages du nouveau produit sont par rapport au goudron sa propreté, sa toxicité moindre, donc le plus grand pourcentage de cancers obtenus. Par contre, la cancérisation est moins rapide et le produit est onéreux. G. Solente.

Maladie de Hodgkin du poumon (Hodgkin's disease of the lung), par Sylvan, E. Moolten. *The American Journal of Cancer*, t. **21**, n° 2, juin 1934, pp. 253-294.

Se basant sur l'étude de 8 cas, M. développe l'idée que la maladie de

Hodgkin a un caractère beaucoup moins néoplasique que granulomateux et à ce titre se rapproche donc plutôt de la tuberculose ou de l'actinomycose. Quant aux déterminations pulmonaires de la maladie de Hodgkin, elles sont ainsi classées :

1° Panbronchite et broncho-pneumonie granulomateuse ;
2° Pneumonie pleurogène granulomateuse ;
3° Pneumonie lobaire et lobulaire exsudatrice ;
4° Lésions miliaires, submiliaires et nodulaires multiples isolées.

G. SOLENTE.

Recherches expérimentales sur la nature du lymphosarcome contagieux du chien (An experimental investigation concerning the nature of contagious lymphosarcoma of dogs), par W. A. de MONBREUN et E. W. GOODPASTURE. *The American Journal of Cancer*, t. **21**, n° 2, juin 1934, pp. 295-321.

Tumeur infectieuse, d'origine vénériennes et donnant lieu à des métastases lointaines, le lymphosarcome contagieux du chien est transmissibles par divers procédés, injections intraveineuses de suspensions cellulaires vivantes sur des surfaces ulcérées, etc. Le virus de cette affection est sensible à la glycérine, au froid, à la dessiccation. Sa séparation d'avec les cellules qui l'hébergent n'a jamais pu être constatée. M. et G. ont de plus montré que cette infection développe une certaine immunité, laquelle peut être rompue par une inoculation massive. *In vitro* le sérum de lapins immunisés avec des émulsions de tissu tumoral est capable d'en détruire les cellules et d'annihiler leur aptitude à développer des tumeurs par inoculation. G. SOLENTE.

Induration plastique du pénis (Plastic induration of the penis), par Albert SORLAND et Ludwig LINDBERG. *The American Journal of Cancer*, t. **21**, n° 2, juin 1934, p. 372.

A propos de 6 cas personnels, S. et L. reprennent la question de l'induration plastique du pénis. Ils en distinguent deux types : l'un superficiel, demeurant au-dessus de l'albuginée, généralement unique et sur la ligne médiane dorsale. L'autre profond intéresse soit le septum soit les parties latérales des corps caverneux, souvent des deux côtés. Le type superficiel peut être traité chirurgicalement. Ils réservent l'irradiation, de préférence avec le radium, à la forme profonde. Sur les 6 cas de cette forme traités par eux, cette méthode a donné une guérison totale dans 3 cas et 3 améliorations dont une chez un malade encore en traitement.

G. SOLENTE.

Mélanome malin : relation d'un cas (Maligmant melanoma : a case report), par Howard A. BALL. *The American Journal of Cancer*, t. **21**, n° 4, août 1934, p. 805.

Cas de mélanome sur nævus cutané dont, en dépit d'un examen histologique négatif, la nature s'affirma par des métastases nombreuses. Plus d'un millier furent rencontrées à l'autopsie, notamment dans le poumon, le cœur, le foie, les reins, les surrénales, le pancréas, la glande pituitaire

et les méninges. Ces localisations atypiques avaient commandé certains signes anormaux tels que nausées et vomissements (rôle des surrénales) cécité précoce (chiasma). G. SOLENTE.

Les métastases dans le cancer à cellules squameuses (Metastasis in squamous carcinoma), par L. Woodhouse PRICE. *The American Journal of the Cancer*, t. **22**, n° 1, septembre 1934, pp. 1-16.

Les métastases lointaines sont rares dans le cancer à cellules squameuses (19 cas sur 158 autopsies faites par P.). Les plus fréquentes de ces métastases furent pulmonaires, ensuite hépatiques, ensuite rénales. Le siège de ces métastases est en partie commandé par celui de la tumeur primitive, mais non par les autres conditions cliniques. A noter que la plupart de ces cancers avaient un point de départ muqueux : la langue dans 6 cas, la muqueuse buccale ou palatale dans 3, le col de l'utérus dans 3. Quant aux 7 cancers cutanés inclus dans la statistique, ils ne donnèrent de métastase à distance que dans un cas.

G. SOLENTE.

Les néoplasmes mélaniques de la peau (Melanotic neoplasms of the skin), par S. W. BECKER. *The American Journal of Cancer*, t. **22**, n° 1, septembre 1934, pp. 17-40.

L'étude des cellules pigmento-formatrices par les imprégnations argentiques et la dopa-réaction montre que leur deux variétés physiologiques, chromatophores et mélanoblastes peuvent participer à des néoplasies pigmentaires. Des mélanoblastes constituent les nævi pigmentaires plans ou saillants de même que les nævi bleus et la tache bleue mongolique dont la teinte ne dépend que de leur situation profonde. La pigmentation par rayons ultra-violets ou α dépend d'abord des mélanoblastes, puis des cellules en palissade de la couche basale. Même tableau dans le lentigo bénin, la prolifération mélanoblastique caractérisant par contre la malignité. Des cellules à type fusiforme se rencontrent dans le mélano-sarcome, des cellules ovoïdes dans le mélano-carcinome, mais l'association possible dans la même tumeur primitive ou secondaire de ces deux types de cellules montre la futilité d'une telle distinction.

La dégénérescence d'un nævus dépend des cellules mélanoblastiques de la junction-épidermo-dermique et non pas de couches plus profondes. Les verrues séborrhéiques, qui ne dégénèrent presque jamais, sont des néoplasies bénignes pigmentées. Les imprégnations argentiques de divers épithéliomas cutanés ont montré d'autre part la présence de mélanine dans 33 o/o des baso-cellulaires, 14 o/o des intermédiaires, 9 o/o des mixtes et 7 o/o des squamo-cellulaires. Enfin, dans la zone d'invasion cutanée d'un cancer du sein l'association de cellules mélanoblastiques fut par exception décelée. G. SOLENTE.

Kératoses et cancers arsenicaux (Arsenical keratoses and carcinomas), par Clifford C. FRANSEEN et Grantley W. TAYLOR. *The American Journal of Cancer*, t. **22**, n° 2, octobre 1934, pp. 286-307.

A la soixantaine de cas de cancers arsenicaux connus F. et T. en ajoutent 14 dont 9 certains, les 5 autres très probables. Il faut noter la longue incubation (jusqu'à 40 ans après l'ingestion), l'importance de la forme chimique de l'As, inorganique et trivalente (le cancer arsenical, contrairement à la prévision de Heller, n'a pas suivi de diffusion des arsenicaux organiques), la variété des types cliniques (plus d'un tiers des cas étant baso-cellulaires) donc invariablement à type squameux, non pas la présence de métastases axillaires ou inguinales dans les deux tiers des cas de la série (donc utilité du curage ganglionnaire dans tous les cas de volume notable). Utilité enfin de traiter les kératoses. G. SOLENTE.

Sarcomes de la lèvre fuso-cellulaires, globocellulaires et neurogéniques (Round-cell, spindle-cell and neurogenic sarcomes of the lip), par Tibor de CHOLNOKY. *The American Journal of Cancer*, t. **22**, n⁰ 3, novembre 1934, pp. 548-554.

Aux 20 cas de sarcome de la lèvre publiés jusqu'à présent, T. de N. en ajoute 4, l'un, sarcome à cellules rondes de la lèvre supérieure, les autres comprenant deux fuso-cellulaires et un sarcome neurogénique de la lèvre inférieure. Tous siégeaient sur le bord vermillon. G. SOLENTE.

Développement de tumeurs multiples chez la souris goudronnée et irradiée (The development of multiple tumors in tarred and radiated mice), 2e partie, par M. C. REINHARD, A. A. THIBAUDEAU et C. F. CANDÉE. *The American Journal of Cancer*, t. **22**, n⁰ 3, novembre 1934, pp. 590-596.

Une centaine de souris furent soumises au goudronnage, puis une partie d'entre elles à de fortes doses de rayons γ. Cette expérience ne permet pas de conclure à une augmentation du pouvoir cancérigène du goudron par les radiations. Par contre, l'absence de tumeurs aux endroits badigeonnés et leur apparition à distance sont en faveur d'une action générale du goudron. Notons de plus la variété des tumeurs observés qui outre les cancers et papillomes usuels comprenait des kystes folliculaires, sébacés et des hyperplasies des glandes de la peau, adénomes sébacés, folliculaires, épithéliomes dont quelques-uns à globes cornés, sarcomes fuso-cellulaires et fibro-sarcomes. Un seul cancer mammaire fut rencontré. G. SOLENTE.

Proceedings of the Royal Society of Medicine (Londres).

Deux cas de lupus érythémateux traités par le Stovarsol (Two cases of lupus erythematosus treated with stovarsol), par Mac CORMAC. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. **28**, n⁰ 1, décembre 1934, p. 1.

M. C. cite deux cas de lupus érythémateux anciens, déjà traités sans succès par les divers procédés classiques, qui ont guéri, l'un complètement, l'autre presque complètement par le stovarsol par voie buccale. Mais ce traitement fut suivi dans les deux cas d'érythrodermies arsenicales et M. C. se demande s'il y a lieu d'attribuer la guérison au stovarsol ou aux réactions cutanées intenses auxquelles il a donné lieu. Il rappelle

à ce propos que les meilleurs résultats de la chrysothérapie ont été observés dans des cas suivis d'accidents cutanés. S. FERNET.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Telangiectasie universelle (Etude clinique et pathogénétique), par G. SCOLARI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. 75, fasc. 6, décembre 1934, p. 1831, 8 fig. Bibliographie.

Ce travail débute par un bref exposé critique où sont discutées les théories pathogéniques sur les télangiectasies de la peau qui ont été rapportées, aux diverses époques successives, à des causes circulatoires générales, à des facteurs hydrauliques agissant sur les districts vasculaires voisins des parties atteintes, à des causes histiogènes de nature fonctionnelle (substances angiotropes) et de nature anatomique (facteurs histiomécaniques et structuraux en général). Ces diverses causes jouent probablement dans les différents cas une action synergique et se complètent réciproquement.

Le cas clinique qui fait l'objet de ce travail est remarquable par l'extension exceptionnelle du processus télangiectasique, qui atteignit presque toute la surface de la peau. Cette observation peut être considérée comme représentant une variété non encore décrite de télangiectasie de la peau, à laquelle conviendrait le nom de *télangiectasie universelle*.

Dans certaines régions d'extension limitée le tableau général cutané télangiectasique était interrompu par des aires d'atrophie.

Dans le cas observé, le processus télangiectasique fait partie d'une maladie dermique systématique intéressant une partie des structures collagènes et des structures élastiques de la peau. L'état pathologique du collagène et de l'élastique atteint les tuniques vasculaires, les éléments de soutien des nerfs et le derme superficiel : il apparaît également dans des foyers isolés, particulièrement périfolliculaires, au niveau du derme moyen et profond. La maladie du tissu conjonctif est caractérisée par une hyperplasie, éventuellement complétée par la néo-formation vasculaire, et elle aboutit à une densification, homogénéisation et hyalinose des fibres. La maladie du tissu élastique est elle aussi caractérisée par des manifestations éminemment productives, et, par ses caractéristiques histologiques, il semble qu'on puisse la rapprocher des formes décrites par Krompecher sous les noms de téléangiosténose et d'élastofibrose.

Le tableau télangiectasique se serait créé comme épiphénomène de la maladie systématique fondamentale en ce que les faits d'hyperplasie du tissu conjonctif et de l'élastique intéresseraient des structures déterminées, et particulièrement les tuniques des vaisseaux dermiques et hypodermiques de plus fort calibre, déterminant des difficultés d'afflux et d'évacuation du sang, comportant à leur tour des phénomènes de

stagnation et de préstase dans les vaisseaux, et un trouble de la nutrition du tissu, aboutissant finalement à une ectasie permanente des vaisseaux superficiels, due à un ensemble d'actions d'ordre hydraulique et d'ordre biologique. A compléter ce processus (par apparition des télangiectasies), concourt probablement un affaiblissement des charpentes mésenchymateuses dermiques de soutien, d'où résulte une diminution de ces forces qui normalement concourent à maintenir le tonus des vaisseaux pourvus d'une paroi faible.

Il n'est pas exclu que des facteurs nerveux aient concouru à la pathogénie du processus.

La dermatose étudiée, dans une période plus avancée, aboutit à la sténose et finalement à l'oblitération des mêmes vaisseaux dont elle a provoqué la dilatation à la période initiale. Ainsi viennent à se former des aires d'atrophie cutanée où l'on voit régresser les télangiectasies. Cette phase du processus peut donc être considérée comme une phase de guérison, mais seulement en ce qui concerne la télangiectasie, tandis qu'au point de vue de la maladie systématique dermique elle ne représente qu'un stade plus avancé de l'évolution. BELGODERE.

Les altérations des glandes à sécrétion interne dans l'infection lépreuse (Observations cliniques et anatomopathologiques), par PINETTI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **75**, fasc. 6, décembre 1934, p. 1855, 12 fig. Bibliographie.

L'auteur a examiné les glandes à sécrétion interne de 12 cadavres de sujets lépreux (6 hommes et 6 femmes : 6 cas de lèpre mixte, 5 de lèpre tuberculeuse, et 1 de lèpre anesthésique) provenant de la léproserie de Cagliari.

Parallèlement aux constatations macro- et microscopiques des organes prélevés à l'autopsie l'auteur rapporte les modifications, somatiques et fonctionnelles, tirées des constatations cliniques et qui peuvent être mises en rapport avec les altérations endocrines rencontrées.

La structure macroscopique des glandes examinées, est, dans la plupart des cas, peu modifiée. Seulement aux dépens des testicules, des ovaires, et, dans peu de cas, de la thyroïde, on peut noter une rétraction et une augmentation de consistance de l'organe.

Histologiquement, ont été examinés : la thyroïde, douze fois ; les surrénales, onze fois ; les testicules, six fois ; les ovaires, six fois ; l'hypophyse, six fois ; le pancréas, quatre fois ; et l'hypophyse, deux fois.

Les lésions rencontrées apparaissent de nature différente selon les cas. Le phénomène fondamental est représenté par des lésions de sclérose plus ou moins marquée et étendue, qui, dans quelques organes (testicule) s'accompagnent d'aspects nets d'infiltration granulomateuse.

Dans les cas étudiés, c'est seulement dans le testicule que l'on pouvait relever des localisations infiltratives granulomateuses ; dans les autres organes examinés, celles-ci faisaient défaut et l'on ne pouvait même pas

apercevoir des indices qui auraient permis de penser que de telles infiltrations auraient pu exister dans les périodes précédentes.

Les phénomènes de sclérose, semblent, d'une manière générale, résulter d'actions toxiques générales, plutôt que de la systématisation de foyers granulomateux antérieurs.

Avec une particulière fréquence, apparaissent des lésions vasculaires, qui s'extériorisent par des phénomènes évidents de prolifération de la tunique moyenne et de l'intima, auxquelles s'associent quelquefois de légères réactions conjonctives périvasculaires.

Plus en détail, les lésions rencontrées dans les différents organes sont les suivantes :

La *thyroïde* se montre plus ou moins diminuée de volume dans la moitié des cas. Histologiquement, on constate l'absence de phénomènes granulomateux, une réaction conjonctive qui, d'une simple accentuation des diverses traînées interacineuses, va jusqu'à la formation de volumineux nodules de sclérose qui se substituent sur de larges étendues au parenchyme thyroïdien. Les lobules se montrent de dimensions très variables et leur contenu colloïde est le plus souvent abondant. Le revêtement épithélial est en général, constitué par des cellules aplaties. On remarque seulement très rarement du tissu thyroïdien indifférencié.

Les *surrénales*, souvent atrophiques montrent un aspect histologique caractérisé dans tous les cas par des phénomènes dégénératifs cellulaires plus ou moins marqués et étendus, qui intéressent toutes les couches de la corticale et par des poussées d'hypertrophie, diffuse ou en foyers, qui ont une signification compensatrice.

Le *pancréas* est dans tous les cas bien conservé, et montre seulement une légère accentuation de la trame conjonctive. Un détail intéressant est l'abondance notable d'îlots de Langerhans avec des cellules très bien différenciées. Les phénomènes d'infiltration granulomateuse manquent complètement.

Dans l'*hypohyse* également des figures d'infiltration granulomateuse ne peuvent être relevées. On décèle, dans la moitié des cas, des phénomènes de dégénérescence cellulaire plus ou moins graves ; dans les autres cas il y a une prédominance des cellules éosinophiles. Dans un cas, l'organe était augmenté de volume par la présence d'un noyau adénomateux constitué essentiellement par des cellules basophiles.

A l'*épiphyse*, les caractères sont à peu près normaux.

Les *testicules* apparaissent constamment réduits de volume. Histologiquement, on constate une sclérose très prononcée qui porte à l'oblitération des canaux, soit au testicule soit à l'épididyme. Le tissu intertubulaire est occupé par une prolifération fibroblastique et par une infiltration granulomateuse plus ou moins marquée surtout lymphocytaire et plasmacellulaire. Les cellules séminales et les cellules interstitielles sont en proie à des phénomènes avancés de dégénérescence ou complètement disparues.

Les *ovaires* sont aussi constamment diminués de volume ou scléreux. Des phénomènes d'infiltration granulomateuse n'ont pas été constatés. Le phénomène le plus saillant est représenté par une substitution conjonctive qui occupe les deux tiers externes de la glande. Les follicules sont presque complètement disparus et atrésiques.

Cliniquement on a pu observer des signes de dysfonctionnement pluriglandulaire complexe, dont les plus saillants sont représentés par une hypofonction sexuelle constante, par la gynécomastie fréquente, par des caractères somatiques et par des phénomènes dystrophiques cutanés et pilaires. BELGODERE.

Granulome végétant par corps étranger, simulant une tuberculose verruqueuse, par TAMPONI. *Giornala italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. 75, fasc. 6, décembre 1934, p. 1913, 6 fig. Bibliographie.

On sait aujourd'hui que la pénétration d'un corps étranger dans les tissus peut y provoquer des réactions qui, cliniquement et histologiquement, présentent les plus grandes analogies avec les processus tuberculeux, avec cellules épithélioïdes, cellules plasmatiques, cellules géantes, etc., etc. Ces notions ont même modifié les conceptions jusqu'alors classiques sur la nature des fistules anales par exemple, considérée autrefois comme toujours de nature tuberculeuse, alors qu'on tend à admettre aujourd'hui que bon nombre d'entre elles sont dues à la pénétration de corps étrangers au niveau de la muqueuse rectale. T. rapporte un certain nombre de cas qu'il a recueillis dans la littérature, de lésions provoquées par des corps étrangers et ayant été ainsi la source de grandes difficultés de diagnostic.

Il expose ainsi un cas personnel. Il s'agit d'une paysanne de 43 ans, qui présentait sur le dos de la main droite une ulcération végétante persistant depuis 7 mois et pour laquelle le diagnostic qui paraissait le plus vraisemblable était celui de tuberculose verruqueuse ; un traitement aurique intraveineux fut même commencé, en même temps que des soins locaux. Mais, au cours de l'un des pansements, on découvrit dans la masse végétante une épine végétale dont la pénétration avait passé complètement inaperçue de la malade. Cette épine fut extraite, et dès lors, la guérison survint très rapidement par des soins banaux. Si l'expulsion de cette épine était restée inaperçue comme son introduction, on n'aurait pas manqué de discuter copieusement sur la nature de cette lésion et de lui attribuer les pathogénies les plus compliquées.

A l'examen histologique, on avait constaté la présence de cellules géantes, de cellules plasmatiques, de cellules épithélioïdes, de lymphocytes, etc., bref tous les éléments caractéristiques d'un granulome tuberculeux typique. Mais les examens bactériologiques et les inoculations avaient été négatifs au point de vue du bacille de Koch. Le seul germe rencontré avait été un staphylocoque blanc en petite quantité.

T. discute les différentes hypothèses de diagnostic qui pouvaient se présenter au sujet de cette lésion si la découverte de l'épine n'avait pas

résolu le problème. D'après les caractères cliniques, histologiques et bactériologiques on pouvait penser : *a*) soit à une lésion néoplasique : épithélioma ou pseudo-épithélioma de Azua et Sada ; *b*) soit à une lésion inflammatoire : ou bien un granulome commun : pyodermites chroniques végétantes, surtout la forme décrite par Bosellini, ou bien la forme de Zurhelle et Klein ; actinomycose, sporotrichose, blastomycose de Gilchrist, leishmaniose. Ou bien lésion inflammatoire de granulome spécifique : syphilis et tuberculose. T. montre que, à part la négativité des épreuves bactériologiques, il aurait été impossible, sans la découverte de l'épine, d'éliminer ce diagnostic. BELGODERE.

Sur le comportement de l'acide urique dans la peau humaine soumise à l'autolyse, par Giacomo SANTORI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. **75**, fasc. 6, décembre 1934, p. 1933. Bibliographie.

L'auteur a étudié sur treize sujets, le comportement de l'acide urique dans la peau normale, en confrontant les valeurs obtenues aussitôt après le prélèvement de la peau elle-même au cours d'interventions chirurgicales, avec celles obtenues après 24 heures ou plus d'autolyse aseptique à 37°9.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

1° Les valeurs de l'acide urique cutané apparaissent, après autolyse, constamment diminuées, soit en effectuant les déterminations par la méthode directe (selon Follin et Brown) soit en employant la méthode indirecte, après isolement préalable de l'acide urique.

2° Les diminutions observées, qui varient après les premières 24 heures de 6 à 42 o/o par rapport aux valeurs initiales, s'accentuent encore les jours suivants, mais avec un rythme plus ralenti.

3° On n'observe pas de rapports constants entre l'âge et le sexe des patients ou la région dans laquelle la peau a été prélevée et l'intensité de la diminution de l'acide urique contenu en elle.

4° La diminution de l'acide urique apparaît très réduite en maintenant la peau à examiner dans la glace au lieu de l'étuve, le réchauffement à plus de 80° pendant une heure ne modifie pas par contre les résultats de l'expérience.

De ces observations, l'auteur tire les conclusions suivantes :

a) Les résultats obtenus parlent contre l'hypothèse d'une participation active de la peau normale à la production de l'acide urique contenu en elle.

b) La diminution de l'acide urique ne peut être interprétée comme la conséquence d'une uricolyse fermentative, mais il ne peut être exclu que celle-ci corresponde à des processus de scission de l'acide urique cutané dus à un mécanisme différent, par exemple à l'action de catalyseurs inorganiques. BELGODERE.

Sur un cas de sarcomatose cutanée primitive généralisée, par G. MARICONDA. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. **75**, fasc. 6, décembre 1934, p. 1945, 6 fig. Bibliographie.

Kaposi en 1870, a le premier étudié le sarcome cutané multiple primitif, décrivant la forme à laquelle a été attaché son nom et qu'il décrivit sous le nom de sarcome multiple hémorragique.

Perrin, en 1886, reprenant l'étude de cette question, décrivit deux types de sarcomatose cutanée : le type Kaposi ci-dessus mentionné, et le sarcome généralisé sous-cutané globo-cellulaire simple, c'est-à-dire sans productions angiomateuses ni pigmentaires, qui est désigné depuis sous le nom de sarcome type Perrin.

Depuis, les auteurs qui ont repris cette étude ont abouti à des opinions très contradictoires, de sorte que cette question est actuellement une des plus débattues et des plus obscures de la dermatologie.

Des classifications multiples ont été proposées, que l'auteur passe en revue. La plupart cependant se rallient à la classification de Unna. Ce dernier divise les sarcomes multiples cutanés en : dermiques et hypodermiques. Les sarcomes dermiques comprennent : le sarcome dermique cutané dur blanc ; le sarcome multiple cutané dur pigmenté (type Piffard) ; le sarcome multiple cutané mou (type Neumann) ; le sarcome multiple cutané gommeux (type Funk-Heyde) et l'acro-sarcome de Kaposi. Les sarcomes multiples hypodermiques sont divisés par Unna en : primitifs et métastatiques ; la sarcomatose type Perrin appartient à la forme primitive.

En raison des divergences d'opinion des auteurs, tous les cas de cette catégorie méritent un examen attentif. M. rapporte l'observation d'un homme de 59 ans, dont toute la surface cutanée avait été envahie par une éruption de nodules qui s'était développée rapidement en 1 mois 1/2, accompagnée d'amaigrissement et d'affaiblissement. Il décrit les caractères des éléments éruptifs, qui se développèrent et se multiplièrent pendant le séjour du malade à l'hôpital, cette affection aboutit à la mort au bout de trois mois.

Cliniquement, la dermatose se rapprochait du type Perrin, mais histologiquement, il s'agissait de nodules constitués d'une manière prédominante par de petites cellules fusiformes, ayant tendance sur quelques points à la disposition fasciculée ; en outre, il ne s'agissait pas, pour la majeure partie d'entre eux, de nodules hypodermiques, mais dermiques, ou dermo-hypodermiques. Du reste, l'examen clinique et histologique des petits nodules récents confirmait bien l'origine primitive dermique.

Les éléments néoplasiques se distinguaient en outre par un faible pouvoir envahissant, car les vaisseaux, les annexes de la peau et le tissu conjonctif étaient conservés. L'aspect histologique différait encore des caractères habituels des sarcomes par l'absence de circulation lacunaire. Cette contradiction entre les caractères cliniques et histologiques montre bien les difficultés d'une classification rationnelle de ces lésions.

Une autre contradiction résidait dans la grande malignité de la maladie qui aboutit à une mort rapide, alors que les éléments sarcoma-

teux étaient fusiformes et de faible pouvoir destructif, ce qui semble confirmer l'opinion de certains, qui estiment que la forme arrondie ou allongée des cellules ne représente pas un caractère du degré plus ou moins grand de malignité. BELGODERE.

Lichen pigmenté avec alopécie par spinulisme (Contribution clinico-histologique), par Giorgio ROBBIA. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **75**, fasc. 6, décembre 1934, p. 1961, 6 fig. Bibliographie.

L'auteur décrit un cas typique de lichen pigmenté ou lichen avec pigmentation type Fabry Obermiller, dont il a pu suivre, pendant plus d'un an l'évolution, compliquée d'une alopécie atrophico-cicatricielle du cuir chevelu. Il s'agit d'une femme de 48 ans, qui fut atteinte d'une dermatose très prurigineuse, constituée par des papulettes lichénoïdes très nombreuses, fortement hyperpigmentées dès leur apparition, et, dans quelques régions, avec des signes de spinulosisme. La dermatose avait sur le corps les mêmes sièges de prédilection que le *lichen ruber planus*, mais les papules n'atteignaient jamais le degré d'évolution classique de cette affection. Le cuir chevelu participait au processus par une intense desquamation pityriasique, et il était recouvert par une couche épaisse de squamettes adhérentes. Au bout de dix mois, on constatait la persistance de la seule hyperchromie en grande partie punctiforme, en partie diffuse ou réticulaire, qui depuis le début, avait été le symptôme prédominant. Histologiquement, au stade aigu de la dermatose, on constata une légère hyperkératose (ailleurs, formation d'épines cornées) et la disparition des bourgeons malpighiens ; la couche basale était très riche de pigment; dans le derme, il y avait un dense infiltrat parvicellulaire de type nettement lichénoïde, avec un grand nombre de chromatophores et de granules de pigment.

L'auteur rapporte la courte statistique des cas jusqu'alors connus de lichen pigmentaire et, dans le diagnostic différentiel, il met en évidence les caractéristiques cliniques et histologiques qui permettent de distinguer le cas décrit des autres mélanodermies.

Il discute l'étiologie de l'affection, et, se basant sur le résultat négatif de toutes les nombreuses épreuves de sensibilisation pratiquées avec la teinture de cheveux dont la malade faisait usage depuis des années, il incline à attribuer une plus grande importance étiologique à l'insuffisance ovarienne (ménopause) de la malade, et à sa prédisposition aux maladies pigmentaires, étant donné qu'il s'agissait d'un sujet déjà riche de pigment. Il explique l'alopécie atrophico-cicatricielle par l'hyperkératose folliculaire par analogie avec ce qui a déjà été constaté dans de rares cas de *lichen planus* et de *lichen spinulosus*.

Selon l'auteur le lichen pigmentaire est une variété du lichen plan, dont il diffère par le faible développement des papules, et par l'exagération, d'origine constitutionnelle, de la pigmentation, laquelle, dans des proportions plus modestes, est partie intégrante du tableau histologique du lichen déjà au stade aigu. BELGODERE.

Le radium en dermatologie (Leçons enseignées aux médecins du cours de spécialisation en radiologie médicale), par Gastone Impiombato. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **75**, fasc. 6, décembre 1934, p. 1975.

L'auteur expose d'une manière très claire et méthodique les indications et le mode d'emploi de la radiumthérapie dans diverses dermatoses et notamment dans les angiomes, la tuberculose cutanée, les diverses formes d'épithélioma, les affections précancéreuses, les chéloïdes.

Nous n'insisterons pas sur ce travail qui ne comprend que des notions connues et classiques. Belgodere.

Sur un cas de paramétrite causée par le virus de la poradénite inguinale (maladie de Nicolas et Favre), par Filippo Franchi. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **75**, fasc. 6, décembre 1934, p. 2003, 1 fig., Bibliographie.

L'auteur décrit un cas de paramétrite observé chez une malade de 28 ans. Après avoir éliminé la blennorragie, la syphilis et la tuberculose de l'ensemble des causes qui auraient pu entrer en jeu dans la genèse de cette forme clinique, il conclut à la considérer comme une forme particulière de la poradénite inguinale, non seulement à cause de la positivité de l'intradermo-réaction de Frei, mais particulièrement en se basant sur la démonstration de la présence du virus de la poradénite dans le tissu conjonctif péri-annexiel prélevé par biopsie. Ce virus a été obtenu en préparant, avec des fragments du paramètre, un antigène qui s'est révélé très actif, non seulement chez la donneuse, mais aussi chez de nombreux sujets atteints de poradénite chez lesquels cet antigène fut inoculé par voie intradermique,

F. rapproche le cas étudié des observations précédentes de Barthels et Biberstein, de Ravaut, Sénèque et Cachera qui confirment l'existence de semblables formes, et admettant par conséquent une localisation primitive et directe du virus de la poradénite aux organes génitaux internes.

Il fait ressortir l'importance d'une telle constatation, non seulement au point de vue théorique, mais aussi au point de vue pratique, puisque, si elle permet d'élargir toujours davantage le domaine du virus de la poradénite inguinale, elle comporte, d'autre part, pour l'avenir un emploi plus étendu de l'intradermo-réaction de Frei, particulièrement dans ces cas d'annexite, de paramétrite, de cellulite pelvienne, qui ne peuvent pas être classés dans les formes cliniques les plus communes, à étiologie connue. Belgodere.

La réaction de Wassermann comparée avec la réaction de Sachs-Witebsky (citochol) et avec la seconde réaction de clarification de Meinicke (M. K. R. II), par Giovanetti Lionetti. *Giornole italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **75**, fasc. 6, décembre 1934, p. 2021.

De cette étude, l'auteur tire cette conclusion que les réactions de floculation ont une grande concordance avec le Bordet-Wassermaun dans la grande majorité des cas, une plus grande sensibilité, une bonne spécifi-

cité, dans quelques cas supérieure au Bordet-Wassermann ; mais si l'on observe les minimes détails des réactions, on peut admettre, en se basant sur les discordances constatées, que la réaction de Bordet-Wassermann elle-même, se montre parfois supérieure aux réactions de floculation, Donc, l'une quelconque des réactions, indifféremment, peut donner des résultats précieux.

Par conséquent, il n'y a pas de règle fixe qui puisse permettre des conclusions définitives, comme l'ont cru certains auteurs, en se basant sur des résultats contingents et, à plus forte raison, on ne peut pas retenir une réaction comme plus sensible, plus spécifique que les autres.

L. ne conteste pas que les réactions de floculation ont apporté une excellente contribution au séro-diagnostic et une plus grande perfection du diagnostic, mais malgré cela, les réactions de floculation ne peuvent pas encore se substituer à la réaction de Bordet-Wassermann classique, qui reste toujours debout et parmi les meilleures.

La technique facile et rapide, la clarté de lecture des réactions de floculation présentent un certain avantage vis-à-vis de la difficile et délicate Bordet-Wassermann, mais cette dernière, si elle est faite dans un laboratoire bien agencé, peut donner des résultats pareils et satisfaisants, sinon supérieurs, à ceux que l'on obtient avec les réactions de floculation,

Ces dernières, du reste, étant trop sensibles, peuvent représenter soit un avantage, soit un danger.

Puisque, aucune épreuve n'est infaillible, un jugement plus précis ne peut se tirer que de l'association des épreuves sérologiques comparées de floculation et de déviation du complément. Voilà pourquoi l'association de ces épreuves représente un grand avantage pour la clinique.

BELGODERE.

La question des sarcoïdes à la Réunion dermatologique de Strasbourg (13 mai 1934), par BERTACCINI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **75**, fasc. 6, décembre 1934, p. 2053.

Le Prof. B. rend compte des discussions qui ont eu lieu à cette Réunion sur la question des sarcoïdes et termine son exposé sur cette réflexion : « Ce qui aurait été intéressant, c'est la discussion, manquée, à laquelle étaient inscrits plusieurs orateurs, et dans laquelle nous aurions entendu quelque chose de plus général sur les sarcoïdes hypodermiques ; on peut dire que, avant tout, de la discussion sur les *sarcoïdes cutanées* (maladie de Bœck) s'est dégagée la conviction que les *sarcoïdes hypodermiques* sont quelque chose de complètement différent, par la clinique, par l'histologie, et peut-être aussi par l'étiologie, laquelle, si elle est probablement la même pour tous les cas de maladie de Bœck (quelle qu'elle soit), peut être multiple pour les sarcoïdes hypodermiques, ainsi que cela résulte de l'étude de la littérature sur cette question,

bien que, dans une grande partie des cas, soit manifeste l'influence, directe ou indirecte, de la tuberculose.

« Il semble donc justifié qu'une désignation unique : *sarcoïdes*, ne doive plus être employée indifféremment, sinon suivie de l'appellation : *dermique* ou *hypodermique*, pour qualifier des formes morbides si différentes entre elles ». Belgodere.

Il Dermosifilografo.

Observations et considérations sur la thérapeutique radiante des néoplasies de la cavité buccale, par Mario Scopesi. *Il Dermosifilografo*, année 9, n° 12, décembre 1934, p. 641, 4 fig.

Une première partie de ce travail est consacrée à des considérations générales, d'ordre pathogénique, sur les néoplasies de la cavité buccale. L'auteur envisage surtout la question des rapports de ces lésions avec la syphilis et il proteste contre l'affirmation de Jacquemart et Pfeifer, qui ont été jusqu'à dire que le cancer n'était qu'une forme quaternaire de la syphilis. Pour lui, d'après la statistique des cas qu'il a observés, il n'oserait pas affirmer qu'il existe une « physionomie syphilitique du cancer ». L'ensemble pathologique de la syphilis récente ou tardive, sérologiquement en activité ou muette, soignée ou non soignée, ne confère à l'individualité néoplasique aucune empreinte particulière, telle qu'elle puisse être remarquée cliniquement, ou dans son évolution, ou dans sa réponse aux radiations.

Passant ensuite à l'examen du problème thérapeutique, l'auteur constate que la thérapeutique radiante et la chirurgie se disputent actuellement les indications, mais que, c'est à coup sûr la radiumthérapie qui tend à prévaloir, la chirurgie devant être plutôt réservée au traitement des métastases lymphatiques. S. discute le problème de l'activité reproductrice cellulaire comme facteur de radiosensibilité.

Au point de vue de la technique, il rappelle le principe posé par Regaud, de la relation étroite entre le temps de radiation et l'effet biologique. Il estime que les chances de stériliser toutes les cellules hétéroplastiques d'une tumeur seront d'autant plus grandes que la période efficace d'irradiation aura été plus longue. C'est ce qui fait la supériorité de la radiumthérapie sur les rayons X, parce que, avec le radium, les irradiations peuvent avoir une plus longue durée. Aussi a-t-on cherché dans ces derniers temps, à utiliser les rayons X dans des conditions qui permettent d'en faire l'application à doses faibles longtemps prolongées. Il semblerait même dans ces conditions que les « doses massives » devraient être rejetées; elles conservent cependant leurs fidèles. En réalité, le problème du traitement du cancer, ne peut être réduit à une simple question mathématique et physique : les différences de tumeur à tumeur sont tellement sensibles que les indications thérapeutiques ne peuvent pas être guidées par des idées préconcues : c'est l'expérience personnelle de l'opérateur, son flair clinique, qui lui feront apercevoir

dans un cas déterminé à quelle modalité thérapeutique il doit donner la préférence.

S. examine ensuite les indications particulières pour chacune des variétés de cancer de la bouche, en se basant sur sa statistique personnelle, qui comprend 389 cas de cancer, dont 172 de la lèvre inférieure (face muqueuse), 33 de la joue (face muqueuse), 61 de la langue, 48 du plancher, 56 du pharynx, 19 de l'amygdale.

Cancer des lèvres. — On peut le traiter avec d'excellents résultats par deux procédés : les applications par contact externe, et les infixions d'aiguilles radifères. Certains préfèrent ce dernier procédé en invoquant les difficultés du maintien et de l'immobilisation des appareils de contact. S. n'est pas de cet avis et il préfère les applications externes, qui évitent mieux le contact des os et ses inconvénients, et exposent moins à la propagation lymphatique.

Cancer des joues. — Il est difficile à traiter, à cause du trismus, du contact de l'os (ostéo-radio-nécrose) de l'infiltration musculaire fréquente ; aussi les résultats sont-ils en général peu brillants. S. les traite en deux temps : d'abord, les applications externes, ensuite la transfixion par les aiguilles.

Cancer de la langue. — C'est la localisation pour laquelle l'emploi des aiguilles trouve son indication la plus indiscutable. Ce procédé est particulièrement applicable pour les cancers de la partie antérieure, du dos et des bords de la langue. Pour la face inférieure, l'utilisation de cette méthode est moins commode, et là encore, S, fait le traitement en deux temps : applications externes suivies de l'infixion.

Pour les cancers de la *base de la langue*, de la *loge amygdalienne*, de la *cavité pharyngée*, on se heurte à de grandes difficultés et on ne saurait poser de règles fixées d'avance. C'est là que l'ingéniosité du radiologue devra intervenir et qu'il devra s'adapter à chaque cas particulier pour déterminer s'il convient de préférer les applications d'appareils externes, ou des aiguilles, ou bien l'emploi combiné et successif de ces deux procédés. Ou bien on sera obligé de recourir aux irradiations à distance au moyen des rayons X, mais on obtiendra toujours des résultats inférieurs à ceux du radium.

Ces différentes indications thérapeutiques sont accompagnées par S. de détails techniques, de discussions de doses et de durée, qui ne peuvent se résumer.

Après avoir étudié le traitement de la tumeur primitive, l'auteur passe à la question des localisations secondaires, des adénopathies. Il montre les difficultés de leur traitement, qui proviennent d'une radio-sensibilité différente, des irradiations antérieures, qui ont épuisé l'activité des radiations. Ces adénopathies constituent le plus gros obstacle au traitement des néoplasies. On devrait recourir suivant les cas, soit au radium, soit aux rayons X, soit à la chirurgie, soit à l'association de ces procédés. L'intervention chirurgicale est indiquée surtout quand il y a des engorgements suspects encore mobiles et facilement isolables.

D'une manière générale, S. conclut que le problème de la guérison du cancer n'est pas seulement une question de dose. Chaque tumeur, même appartenant à la même famille, a une individualité propre, et, dans des limites parfois très larges, demande « sa dose ». Mais le principe général dont doit se pénétrer le radiologue c'est de se servir toujours de la dose maxima, distribuée opportunément dans le temps, selon la nature pathologique, l'aspect clinique, et toutes sortes de données difficiles à décrire et que chacun doit tirer de son expérience personnelle.

BELGODERE.

Przeglad Dermatologiczny (Varsovie).

Essais de traitement de la blennorragie par les produits argentiques en solution glucosée, par PAWLAS et REISS. *Przeglad Dermatologiczny* (Varsovie, t. **29**, nº 4, décembre 1934.

Aucun des produits argentiques utilisés dans le traitement de la blennorragie ne donne entière satisfaction. Le nitrate d'argent, précipité par les albumines et les chlorures, n'a qu'une action de surface, les combinaisons albumino-argentiques sont des suspensions colloïdales qui ne peuvent traverser les membranes animales. Les recherches se poursuivent donc pour trouver l'antiseptique idéal qui, pour agir en profondeur, devrait être un cristalloïde soluble dans l'eau et non précipitable en présence des albumines et des chlorures.

A défaut d'un produit idéal, P. et R. ont expérimenté les divers produits argentiques en solution glucosée à 10, à 20 o/o et ont finalement adopté le taux de 30 o/o. Tous les produits argentiques se dissolvent dans les solutions glucosées. Celles-ci ont l'avantage d'être hypertoniques et de donner lieu à une transsudation des humeurs de la profondeur vers la surface ; elles ne sont pas dépourvues d'un action propre, favorable, puisque certains auteurs ont préconisé les injections intraveineuses de glucose pour hâter la guérison de la blennorragie ; elles ne sont pas irritantes et permettent d'utiliser les produits argentiques à un taux plus élevé sans provoquer de réactions inflammatoires ni de sensation de brûlure ; le nitrate d'argent en solution glucosée à 30 o/o peut être employé au taux de 0,05 à 0,2 o/o.

Expérimenté sur 74 malades, atteints de formes diverses de blennorragie, ce traitement a donné toute satisfaction ; en dehors de quelques cas d'extension de l'infection à l'urèthre postérieur (5 cas) il n'y eut aucune complication et aucun passage à la chronicité ; la durée des traitements a varié de 23 à 59 jours, les gonocoques disparaissaient dès le troisième jour, les corpuscules de pus en 13 jours, l'écoulement était tari en 20 jours environ.

S. FERNET.

Lupus vulgaire traité par des pansements à la tuberculine, par SWIATKIEWIECZ. Société polonaise de Dermatologie (résumé dans *Przeglad Dermatologiczny*. t. **29**, nº 4, décembre 1934, p. 475.

S. a présenté un cas de lupus vulgaire du nez, de la lèvre supérieure et des gencives traité uniquement par des pansements humides à la solution de tuberculine à 1 pour 100.000; les lésions des muqueuses étaient badigeonnées deux fois par jour avec la même solution. La guérison fut obtenue en quelques mois ; les cicatrices sont souples et esthétiques.

Le professeur Lenartowicz (de Lwow) cite deux autres cas de guérison de lupus par cette méthode. Ce qui caractérise ce traitement c'est l'apparition rapide d'un bourgeonnement sain à tendance souvent végétante.

S. Fernet.

L'étiologie et le traitement de la verrue vulgaire, par Madej. Nowiny Lekarskie (Varsovie), analysé dans *Przeglad Dermatologiczny*, t. **29**, n° 4, décembre 1934.

Il est d'observation courante que les verrues vulgaires se développent uniquement sur les parties découvertes : face, cou, mains, genoux chez les enfants, pieds chez les individus qui marchent pieds nus. M. s'est donc demandé s'il n'y avait pas lieu d'attribuer un rôle pathogénique au rayonnement solaire. Il traite depuis trois ans les verrues par l'application de plusieurs épaisseurs d'emplâtre adhésif qu'il laisse à demeure pendant 10 jours. Ce traitement ne lui a jamais donné de mécompte.

S. Fernet.

Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii (Moscou).

Contribution au problème des pyodermites, par O. N. Podwryssotzkaïa et S. K. Rosenthal. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 4, 1934, pp. 315-324.

Les auteurs entreprennent une revue de la question des pyodermites qui présente encore bien des côtés inconnus. L'intérêt suscité par les pyodermites au cours des dernières années s'explique tout d'abord par sa grande fréquence dans toute une série des professions où elles apparaissent comme principal facteur d'incapacité temporaire de travail. C'est surtout sous forme de furonculose, d'hidrosadénite, de sycosis que les pyodermites sont très répandues. Parmi les dermatoses hospitalisées à l'hôpital Tarnowsky à Leningrad dans la période de 1928 à 1932, les pyodermites constituaient un pourcentage moyen de 20. Dans les diverses entreprises de la ville, les pyodermites atteignaient 72 et 86 o/o des maladies cutanées.

Le problème des pyodermites reste encore très complexe, car les nombreux auteurs qui ont travaillé dans ce domaine ne sont pas encore arrivés de le résoudre. Il n'existe même pas encore de schéma unique des affections pyodermiques. Au point de vue clinique, les pyodermites se distinguent par leur grande diversité. La pathogénie n'est pas encore non plus connue d'une manière précise. Les travaux des différents auteurs prouvent que les pyocoques (staphylocoques et streptocoques)

se trouvent relativement rarement sur la peau des sujets sains. Au contraire, ils sont très fréquents chez les malades porteurs de pyodermites. La question de la transformation des saprophytes en microbes pathogènes n'est pas encore suffisamment éclairée. Le point intéressant de sporteurs des pyocoques qui pourrait expliquer l'épidémiologie de la furonculose parmi les diverses professions reste également encore parmi les non étudiés, ainsi que celui de la présence des pyocoques dans le milieu ambiant des usines et des fabriques. Les traumatismes jouent certainement un rôle considérable dans le développement des pyodermites non seulement au point de vue de la porte d'entrée dans les régions traumatisées, mais aussi au point de vue de la création des conditions de la transformation des agents non pathogènes en agents pathogènes. Les pyodermites secondairess urvenant ainsi au cours d'autres dermatoses ne doivent pas être considérées seulement comme suites de la souillure des lésions de grattage. Le terrain joue un rôle considérable dans les pyodermites. Ainsi, les porteurs de pyodermites chroniques et de sycosis présentent des pyocoques non seulement anx endroits atteints, mais aussi à distance, en d'autres régions des téguments. Le terrain par son chimisme modifié devient ainsi favorable à la pullulation des microbes pathogènes. En outre, les malades sycosiques présentent aussi souvent des troubles endocriniens, consistant en insuffisance des glandes génitales (début tardif de la vie sexuelle, insuffisance de la capacité virile, disparition précoce de l'appétit sexuel). Le problème des rapports des fonctions de la peau et de son appareil folliculaire avec la sphère génitale mérite une grande attention. Le rôle des troubles du métabolisme dans la production des pyodermites est déjà suffisamment connu, par exemple, dans la goutte et le diabète (furoncles), mais celui des avitaminoses ne l'est pas encore, les auteurs étant en désaccord sur la valeur de chaque vitamine en particulier. Les états allergiques dans les pyodermites (coccies de Kitchevatz) sont encore peu étudiés, car il manque encore un allergène spécifique ne donnant une réaction que chez les sujets sensibilisés. L'eczéma microbien de Sabouraud n'est pas encore reconnu par tous les auteurs. Les pyodermites végétantes chroniques présentent une pathogénie encore obscure et une structure histopathologique sous forme de granulome inflammatoire, comme dans la tuberculose et la syphilis.

En ce qui concerne la thérapeutique, elle est excessivement variable. La clinique de Leningrad emploie avec succès les pommades et les solutions aqueuses et alcooliques des couleurs d'aniline, par exemple, le violet de méthyle, le violet de gentiane, etc. Il reste seulement à trouver une méthode qui puisse les décolorer sans les rendre inactives. Les furoncles sont traités par des emplâtres mercuriels au lieu des compresses échauffantes. Le sycosis est traité par l'épilation radiologique ou manuelle, puis les couleurs d'aniline et le vaccin staphylococcique polyvalent. Les filtrats de Besredka et les traitements physiothérapiques ont donné des succès moindres.

Bermann.

Le traitement du mycosis et autres affections pyodermiques de la peau par le vert de brillant, par B. M. Pachkoff et M. J. Timkohina. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 4, 1934, pp. 325-330.

Le vert de brillant appartenant au groupe triphénylméthanique des couleurs d'aniline possède un fort pouvoir bactéricide vanté par un grand nombre d'observateurs et vérifié par l'auteur lui-même sur des cultures de staphylocoque doré obtenues chez des malades sycosiques et autres et contrôlé chez des animaux de laboratoire. Les auteurs ont traité en tout 145 malades, dont 103 cas de sycosis, 5 cas de blépharite, 10 cas d'eczéma chronique, 12 cas de pyodermite et 15 cas de dermatomycose de la peau glabre. Ils se sont servis des solutions alcooliques à 1 et 2 o/o qui sont supérieures aux solutions aqueuses. L'alcool employé était de 40° à 70°. Le badigeonnage se faisait deux fois par 24 heures. Les croûtes rebelles étaient ramollies par des compresses à l'huile de lin salicylé et enlevées avec de l'alcool boriqué. Le vert de brillant desséché qui reste après l'évaporation de l'alcool s'enlève le mieux avec de l'alcool salicylé ou boriqué à 3 o/o. Le vert de brillant n'a jamais provoqué d'irritation, même en compresses.

Parmi les 103 cas de sycosis, 71 o/o des sujets avaient de 25 à 45 ans ; 69 o/o étaient malades depuis plus d'une année et avaient essayé toutes sortes de traitement. Dans 53 o/o des cas, les malades ont été guéris, dans 43 o/o très améliorés et dans 4 o/o sont restés à l'état station naire. L'observation prolongée a montré que 25 o/o des malades guéris et améliorés ont récidivé. En tout cas, les pustules se dessèchent et disparaissent rapidement.

Les 10 cas d'eczéma chronique ont bénéficé d'une amélioration moins grande que les cas de sycosis, mais le vert de brillant faisait diminuer et cesser le prurit, quoique l'infiltration profonde persistât.

Dans 12 cas d'impétigo contagieux chez les enfants et les adultes, le vert de brillant a fourni des résultats positifs.

Dans 15 cas de dermatomycoses, principalement d'épidermophytie plantaire et interdigitale et de trichophytie de la peau glabre, on a obtenu la disparition des champignons, mais la guérison n'arrivait pas. Dans ce groupe on a constaté un cas de dermatite par le vert de brillant.

Les furoncles et les hydrosadénites n'étaient pas directement influencés par le vert de brillant, mais la peau environnante était préservée contre la dissémination des éléments à la périphérie. Les blépharites ont été très améliorées. Bermann.

La guérison de l'impétigo herpétiforme de Hebra par la transfusion sanguine, par A. J. Prokoptchouk et Baranowsky. *Sowietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 4, 1934, pp. 331-332.

Les auteurs ont observé deux cas d'impétigo herpétiforme de Hebra que voici :

Le premier cas concerne une paysanne mariée, ayant eu six accouchements et se trouvant actuellement à la fin de sa septième grossesse. Elle

est couverte d'une éruption composée des taches rouge vif, œdémateuses, surmontées de pustulettes minuscules à poussée centrifuge et confluant en placards larges croûteux au centre et pustuleux à la périphérie. L'affection a commencé à la fin de la grossesse, à la région inguino-crurale et de là, elle s'est peu à peu propagée aux cuisses, à l'abdomen, à l'ombilic, aux fesses, sous les seins, aux omoplates, au cou. Mauvais état général, frissons, fièvre de 39° à 40°. La diminution de la capacité visuelle survenue petit à petit est diagnostiquée comme névrite optique par l'ophtalmologiste qui conseille d'interrompre la grossesse, en vue de la menace de cécité complète. Or, la malade, transférée à la maternité, accouche normalement au bout de quelques jours et revient à la clinique dermatologique. Son état général est meilleur, sa température est descendue à 37°1, son éruption a bien régressé, mais la faiblesse cardiaque augmente de plus en plus et, malgré les soins prodigués, elle meurt. L'autopsie montre une septicémie avec hyperplasie septique de la rate, une endométrite puerpérale, une néphrose, une hypertrophie du muscle cardiaque avec infiltration, graisse, de l'œdème pulmonaire et un kyste à contenu séreux dans le rein.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme de 28 ans, n'ayant pas ses règles depuis quelques mois mais non enceinte. Dans le triangle inguino-crural et autour du cou, elle présentait une éruption constituée par des taches rouges parsemées des petites pustules à extension excentrique confluant en larges disques douloureux. Etat typhoïde, avec fièvre dépassant 40°, frissons, sueurs profuses, céphalées, courbatures des membres, nervosité. Durant les trois mois que la malade a passés à la clinique, sa température a toujours été élevée le soir et descendait légèrement le matin, son éruption s'aggravait, ses ongles se détruisaient ; on observait de la diarrhée, une faiblesse générale et cardiaque progressive : sang et urines, rien de particulier. Devant l'état désespéré de la malade qu'aucun traitement n'améliorait, on a procédé à une transfusion de 370 centimètres cubes de sang citraté. En quelques jours, la température est descendue et est devenue normale, l'éruption s'est arrêtée, puis s'est mise à régresser, en laissant des taches lisses et violacées. En quelques semaines, la malade se rétablit totalement et quitta la clinique.

Les auteurs envisagent l'impétigo herpétiforme de Hebra comme un processus septique sans rapport avec la grossesse et préconisent de le combattre par la transfusion sanguine. BERMANN.

Zona et varicelle simultanés, par W. P. MÉMORSKY. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 4, 1934, pp. 332-334.

Le cas de l'auteur est le premier décrit dans la bibliographie russe de coexistence de zona et de varicelle.

Il a trait à un homme de 31 ans exerçant la profession d'employé ambulant des postes. Au point de vue général, le sujet est atteint de myasthénie cardiaque et d'artério-sclérose.

Après 3-4 jours de fortes douleurs névralgiques siégeant au côté droit du thorax, il a présenté une éruption vésiculeuse reposant sur une base érythémateuse et localisée sur la partie droite du tronc ; à la poitrine et au dos les vésicules confluent par places, en formant une surface suintante. Le contenu vésiculaire est séreux, mais par places aussi sanguinolent. Température 37°5-37°8. Au bout d'une quinzaine, on constate une éruption généralisée à tout le tronc et aux extrémités supérieures de vésicules faiblement prurigineuses à contenu séreux, citrin. Pas d'adénopathie. Cette éruption généralisée a régressé au bout d'une semaine. Les vésicules séro-sanguinolentes du côté droit du thorax apparues les premières ont persisté encore quelque temps, disparaissant lentement. Ni le malade, ni sa famille, ni ses voisins interrogés à propos d'éruption analogue, n'ont jamais présenté antérieurement de dermatose analogue à celle ci-dessus décrite.

Ce cas typique et démonstratif ne permet pourtant pas de résoudre le problème intéressant et important de l'origine et des rapports réciproques de l'herpès zoster et de la varicelle. BERMANN.

Contribution à l'étude des dermatoses pétrolières professionnelles, par I. I. BAGDANOVITCH. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 4, 1934, pp. 334-339.

Cette étude a porté sur 60 travailleurs maniant le pétrole, notamment 52 vendeurs et 8 ouvriers du dépôt pétrolier, dont 5 camionneurs et 3 tireurs de pétrole. L'âge de ces travailleurs variait de 17 à 50 ans, leur stage professionnel, de 10 à 15 ans. Les dermatoses ont été constatées chez tous les 8 ouvriers du dépôt et chez 49 vendeurs de pétrole. Parmi les 3 travailleurs vendant du pétrole et exempts de dermatoses, on trouve un employé n'ayant travaillé que 10 jours et 2 autres qui en avaient eu, avant les vacances, mais qui avaient guéri durant leur congé.

Tous les travailleurs manient le pétrole non munis de gants ou vêtements spéciaux les préservant contre le contact avec ce produit qui traverse bientôt les habits ordinaires, les imbibe et agit sur la peau, surtout des mains et des avant-bras, plus rarement, des jambes, des cuisses et du ventre, des bras et de la face, principalement aux plis cutanés et aux faces d'extension. Cliniquement, la dermatose débute par une rougeur, une brûlure et du prurit. Au bout de quelques jours, la peau pâlit, se dessèche et se desquame aux endroits atteints. Peu à peu, il se fait une accoutumance au pétrole qui dure 6-8 semaines après quoi l'appareil folliculaire est frappé. Les orifices des follicules pileux sont bouchés par des points noirs surélevés rappelant les comédons et donnant la sensation d'une râpe. En 4-6 semaines, dans ces follicules bouchés se développent des éléments de folliculite et d'acné non enflammés, de différentes dimensions, circonscrits, violacés, surmontés soit de comédons, soit de pustules. Les pustules contiennent du pus, les folliculites sont dures et n'en renferment pas. On trouve aussi des furoncles.

Ces éléments sont torpides et ne cessent qu'après 1-2 mois de repos. En régressant ils laissent soit une pigmentation passagère, soit des petites cicatrices déprimées. Dans un cas d'hypersensibilité au pétrole, il y eut une dermatite eczémateuse avec vésiculation et œdème récidivant après la reprise du travail et ayant obligé le malade à changer de profession. Dans tous les cas, les pustules contenaient du staphylocoque doré. La biopsie montre des modifications de toutes les couches cutanées, une infiltration cellulaire périvasculaire et des lésions des follicules pileux et des glandes sébacées. L'action du pétrole consiste non seulement en action mécanique de bouchage des follicules, mais aussi en action chimique, irritante.

L'auteur conseille de mécaniser le travail et doter les ouvriers de vêtements imperméables appropriés, afin de prévenir ces dermatoses.

BERMANN.

Le métabolisme des sulfates dans le psoriasis, par M. I. IOFFÉ. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, nº 4, 1934, pp. 339-340.

Se basant sur des analyses des urines de 25 cas hospitalisés pour psoriasis aux divers stades de l'évolution, l'auteur à trouvé une teneur diminuée de l'anhydride sulfurique SO^3. Il y a une relation certaine entre le tableau clinique de la maladie et la quantité d'anhydride sulfurique éliminé. La quantité la plus faible des sulfates est éliminée en cas de psoriasis généralisé ayant une durée prolongée. L'amélioration de la dermatose s'accompagne d'une élimination augmentée des sulfates. La diminution du taux des sulfates dans les urines chez les psoriasiques indique une oxydation diminuée de la molécule d'albumine contenant du soufre, car on y retrouvs un produit de la décomposition des albumines qui se forme par l'oxydation des substances protéiniques renfermant du soufre. La thérapeutique du psoriasis doit donc s'efforcer d'élever les processus oxydants de l'organisme par des bains d'eau chaude, bains de vapeur, de soleil, d'air chaud, les sources minérales, la thyroïdine, etc., agents contribuant à un effet positif. BERMANN.

Contribution à l'étude de la syphilis non reconnue, par A. A. ALAVDINE. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, nº 4, 1934, pp. 342-350.

L'auteur a en vue non pas la syphilis ignorée par le malade, mais celle non reconnue par les médecins. Naturellement, parmi ces cas non reconnus il y a bien des cas d'infeciion iguorée dn malade, mais dont le diagnostic eut été possible avec de la bonne volonté et les moyens actuels d'investigation.

Sur 447 militaires passés par le service des syphilitiques de l'hôpital au cours d'un an et demi (1932-1933) et atteints des différentes variétés de la maladie, il y avait 92 cas (20,6 o/o) de syphilis non reconnue. L'âge des malades était de 22 à 24 ans dans 75 cas (81,5 o/o) et de 25 à 41 ans dans 17 cas (18,5 o/o). La première catégorie était composée de militaires jeunes nouvellement admis dans l'armée et ayant avant le service

habité principalement la campagne. La seconde catégorie comprenait des militaires ayant déjà servi à l'armée depuis un nombre d'années plus ou moins considérable.

D'après les formes, les malades se subdivisent ainsi : syphilis secondaire récente (roséole, papules, angine), 5 cas (5,4 o/o), syphilis secondaire récidivante, 15 cas (14,1 o/o), syphilis secondaire latente, 5 cas (5,4 o/o), syphilis tertiaire manifeste (gommes, périostite, arthrite, tubercules cutanés, leucoplasie), 47 cas (51 o/o), syphilis tertiaire latente (aortite, anévrysme aortique), 20 cas (21,7 o/o) et *tabes dorsalis*, 2 cas (2,4 o/o). Ces malades ont été visités par nombre de médecins, ont passé de longs séjours dans les hôpitaux et ont perdu beaucoup de temps précieux, en laissant leur maladie traîner.

En analysant les causes de la syphilis non reconnue chez ces malades. l'auteur prouve facilement que les médecins consultants ont commis souvent des fautes graves en omettant de se servir de tous les moyens accessibles de diagnostic. L'anamnèse de 16 cas où la syphilis était héréditaire et acquise n'a pas été recherchée. Les accidents actifs secondaires et tertiaires n'ont pas été aperçus parce que les médecins n'ont pas fait déshabiller leurs malades et n'en ont pas examiné la bouche. Les autres manifestations viscérales n'ont pas été reconnues parce que les médecins n'ont pas fait d'examen sérologique ou radiologique. La réaction de Bordet-Wassermann était positive dans 83 cas (90,2 o/o), dont, et pour 51 déjà, à l'entrée à l'hôpital. Le traitement d'épreuve, autre moyen permettant d'orienter et d'établir le diagnostic, n'a pas été institué non plus, dans des cas chroniques et suspects. Et ceci à l'époque où l'armée ne doit recevoir que des contingents sains et robustes.

Bermann.

Le traitement des bubons chancrelleux par les protéines et les boues minérales, par P. E. Massloff. *Sovietskу Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 4, 1934, pp. 350-353.

L'auteur a fait traiter dans son service 26 cas de bubon chancrelleux par l'application quotidienne durant 20-30 minutes des boues minérales dont la température était élevée peu à peu de 40° à 50°. L'application des boues sur le bubon se faisait directement au lit du malade pour lui épargner la marche et était suivie d'enveloppement avec une couverture chaude afin de garder la chaleur le plus longtemps possible. Sauf dans 5 cas qui ne recevaient aucun autre traitement, les autres 21 malades recevaient, en plus, des injections intrafessières de lait faites tous les 3-4 jours aux doses progressives de 2 à 5 centimètres cubes. Ce dernier traitement s'est montré un peu plus actif et fournissait des guérisons plus rapides. Les bubons de petit volume se résorbaient après les premières applications des boues, les bubons plus volumineux et fluctuants se ramollissaient très vite et il fallait les ouvrir au bout de 2-3 jours de traitement. La durée moyenne du séjour des malades était de 19 jours dans la majorité des cas.

L'effet des boues minérales se ramène à l'action bactéricide thermique, résorbante et régénératrice. Elles tuent les streptobacilles, opèrent la résorption de l'infiltrat, reconstruisent de nouveaux tissus et vaisseaux par la chaleur des boues, activent la leucocytose ; la protéinothérapie crée une hypérémie cellulaire et renforce les propriétés défensives des tissus. BERMANN.

Le traitement du chancre mou chez la femme par le vert brillant, par L. I. CHTÉRENBERG. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 4, 1934, pp. 354-358.

L'auteur a fait des essais de traitement des chancres mous par la solution alcoolique de vert brillant à 1 o/o dont les propriétés bactéricides et cicatrisantes sont décrites par une quantité d'observateurs. Les badigeonnages sont indolores et laissent, après évaporation de l'alcool rectifié, une mince pellicule qui, tout en protégeant l'ulcère, ne forme pas de croûte épaisse entravant l'écoulement des sécrétions. Les pansements deviennent ainsi superflus, à condition que ces badigeonnages soient faits 2 fois par jour.

Sauf quelques rares résultats positifs, le traitement n'a pas donné satisfaction à l'auteur.

Par contre, chez la femme, il s'est montré plus efficace. Le succès est d'autant plus marqué et rapide que les chancres sont moins nombreux, plus superficiels et sans bubons ; les chancres multiples, siégeant dans la profondeur de la vulve, du vagin ou sur le col, macérés par des sécrétions vaginales sont plus tenaces.

La durée du traitement appliqué à 17 femmes a varié, selon les cas, de 2 à 6 semaines, mais a été le plus souvent de 4 semaines. Le bubon chancrelleux ne s'est pas développé dans 13 cas ; dans 4 cas, il a régressé sous l'effet des mêmes badigeonnages que le chancre mou. L'effet positif obtenu chez les femmes s'explique par le fait que leurs chancres mous se localisent plus fréquemment sur les surfaces muqueuses qui se cicatrisent plus facilement que les surfaces cutanées ou siègent habituellement les chancres de l'homme. BERMANN.

L'obtention des cultures de streptobacille de Ducrey-Unna en partant des bubons chancrelleux, par M. B SÉGAL. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 4, 1934, pp. 371-377.

Après avoir exposé le problème des cultures des streptobacilles de Ducrey et montré les résultats obtenus à l'étranger, surtout en France, l'auteur résume ses expériences personnelles.

Il prélevait son matériel par incision du bubon chancrelleux. Il l'ensemençait sur un milieu solide composé d'agar peptoné additionné de 5 o/o de glycérine et de sang total frais de lapin en proportion d'un quart ou d'un cinquième. Dans quelques cas, les cultures ont poussé sur de l'agar-ascite additionné de 5 o/o de glycérine. Pour les réensemencements, l'auteur n'opérait pas avec une anse de platine, mais avec une

pipette, le matériel étant suspendu en sérum physiologique ou en bouillon. Les éprouvettes sont laissées au thermostat en position presque horizontale. Se servant de sa méthode l'auteur a obtenu la culture pure dans 11 cas sur 14 bubons ouverts. Les cultures riches en streptobacilles peuvent servir à la préparation du vaccin exempt des substances albumineuses du milieu et pouvant être employé soit pour le diagnostic, soit pour le traitement des affections chancrelleuses. BERMANN.

Le sérodiagnostic de la syphilis d'après la méthode de Tsu, par S. O. GORODÉTZKAÏA. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 4, 1934, pp. 378-380.

Après avoir rappelé la technique simple et rapide de la réaction de Tsu, l'auteur analyse ses résultats obtenus dans 855 cas examinés parallèlement avec la réaction de Tsu et celle de Bordet-Wassermann. Il a utilisé le même antigène de Bordet-Ruelens, mais pour la réaction de Tsu il fallait l'employer à un titre 6 fois plus faible.

La concordance des 2 réactions a été observée dans 94,4 o/o des cas. La réaction de Tsu s'est montré dans 3,4 o/o plus sensible que celle de Bordet-Wassermann, notamment dans les cas de chancre dur, de syphilis latente, de personnes bien portantes et des membres des familles syphilitiques. Dans la syphilis secondaire et tertiaire manifeste la réaction de Bordet-Wassermann s'est montrée plus sensible. Dans la syphilis nerveuse et chez divers malades non syphilitiques, la sensibilité des 2 réactions était la même.

L'auteur attribue une grande signification à la réaction de Tsu qui s'exécute très facilement et fournit des réponses rapides et claires.

BERMANN.

Action de certaines couleurs d'aniline sur les bactéries pyogènes, par G. G. KONDRATIEFF. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 4, 1934, pp. 380-386.

Pour vérifier l'action bactéricide des couleurs d'aniline vantée par certains observateurs, l'auteur a entrepris des recherches personnelles sur le staphylocoque doré qui est l'agent le plus fréquent des pyodermites. Il s'est servi d'une culture obtenue chez un malade atteint de furonculose. La technique des recherches consistait en ensemencement des cultures diluées avec de l'eau distillée stérile et ayant un nombre de microbes connu par centimètre cube dans des tubes contenant des solutions alcooliques et aqueuses des diverses couleurs à concentration différente, après quoi on faisait des examens bactériologiques au bout de délais variables. Le pouvoir bactéricide des couleurs d'aniline n'est pas diminué par la stérilisation de leur solution.

Les couleurs possédant les propriétés bactéricides les plus intenses par rapport au staphylocoque doré sont : le crista violetl, le violet de gentiane, le violet de méthyle et la fuchsine basique qui arrêtent la croissance du microbe en une demi-heure, une heure. Le bleu de méthylène, la vésuvine, le vert de méthyle sont des bactéricides plus faibles,

la croissance du staphylocoque ne s'arrêtant qu'au bout de 1-2 jours. Le rouge neutre, la thionine, l'éosine et la fuchsine n'ont pas agi sur le staphylocoque même au bout de 5 jours. Plus la concentration de la couleur est élevée, plus son effet bactéricide est fort, mais la solubilité des différentes couleurs est très variable. Les mêmes couleurs d'aniline, mais préparées par différentes firmes présentent des pouvoirs bactéricides variables. L'action dépend encore des souches de staphylocoques, car par rapport à la même solution, il y en a de plus résistantes et de moins résistantes. On constate également que l'action des couleurs est en rapport avec la quantité de microbes contenus dans 1 centimètre cube. Une culture contenant 500 millions de corps par centimètre cube résistera plus longtemps à l'effet d'une couleur qu'une culture qui n'en contient que 100 millions par centimètre cube. Les solutions aqueuses se montrent moins efficaces que les solutions alcooliques, car la couleur se dissout mieux dans l'alcool et il y a effet combiné de la couleur et de l'alcool.

L'auteur conclut en préconisant l'emploi des couleurs d'aniline pour combattre les dermatoses provoquées par le staphylocoque.

BERMANN.

LIVRES NOUVEAUX

Hygiène du cuir chevelu et de la chevelure, par Georges Lévy. Un vol. in-16 de 120 pages, O. Doin, Paris.

L. envisage d'abord l'hygiène du cuir chevelu sain : nettoyage, lavage, coiffure ; puis l'hygiène du cuir chevelu pelliculaire ou atteint de séborrhée, les alopécies. Un chapitre traite des décolorants et des teintures. Un aperçu d'hygiène scolaire termine ce petit livre rempli de formules pratiques et éprouvées, de conseils judicieux. Il ne saurait manquer de trouver aussi bien près des médecins que du profane un succès mérité.

H. Rabeau.

L'eczéma du nourrisson, par M. Pehu et R. Aulagnier. Un vol. (20 × 15) de 177 pages, Gauthier-Villars, Paris.

Depuis quelques années les conceptions sur l'eczéma du nourrisson se sont beaucoup élargies et précisées. On tend à la suite des recherches récentes (tests cutanés et sanguins) à le ranger dans le groupe des maladies allergiques, c'est-à-dire des affections causées par une modification congénitale ou acquise de réceptivité et de réaction de l'organisme vis-à-vis de certaines substances. Il est démontré que, le plus souvent, l'organisme des eczémateux est sensible à un grand nombre de substances alimentaires (trophallergines) au premier rang desquelles il faut placer le blanc d'œuf que, cependant, le nourrisson n'ingère pas. Il s'agit en réalité d'une sursensibilité générale, nullement élective. Il en découle des conséquences pratiques d'une haute portée, une ligne de conduite bien tracée en ce qui concerne la diététique et la thérapeutique.

Cette notion d'allergie permet d'expliquer nombre de traits symptomatiques appartenant à l'eczéma du nourrisson.

Dans cette remarquable monographie on trouvera une mise au point de cette question, des données nouvelles, des hypothèses proposées sur la nature de l'eczéma. L'étude des « tests » de l'eczéma, la médication locale, générale, d'importance considérable, les notions indispensables de diététique y sont aussi clairement exposées que possible (Bibliographie des principaux travaux).

H. Rabeau.

La Syphilis (Syphilis), par Herbert Planner, dans la collection des « Livres de la Pratique Médicale » (Ærtzlichen Praxis). Julius Springer, Berlin, 1934, Un vol. 100 pages. 4,40 RM.

Cette collection a pour objet de fournir aux praticiens un livre simple

où seront condensées les acquisitions sur une grande question de pathologie.

Celui réservé à la syphilis avait été écrit par Pflanner, qui n'a pas eu le temps de l'achever complètement. En 100 pages, P. a fait tenir l'essentiel pour un praticien de ce qui concerne la syphilis. Après un rappel de syphilis expérimentale et de pathologie générale de la syphilis, l'auteur fait la description des manifestations cutanées : chancre, adénopathie. éruption secondaires, syphilis tertiaire, syphilis maligne. Peu de chose manque à ce résumé. Viennent ensuite les chapitres sur la sérologie de la syphilis (où la signification et l'importance pratique des réactions sérologiques sont indiquées avec précision et le chapitre sur le traitement de la syphilis qui est mieux développé (43 pages). Ce livre manque surtout d'illustration ; il donne parfois l'impression d'un schéma. Mais il remplit bien, je crois, son office d'aide-mémoire, et même pour la thérapeutique de guide averti. L. CHATELLIER.

Précis des maladies cutanées et vénériennes (Praktikum der Haut- und Geschlechtkrankheiten); par M OPPENHEIM, 5e édit., chez Franz Deuticke, Leipzig et Vienne. 1935, 298 pages, 58 fig., 10 R. M.

Ce livre est destiné aux praticiens et aux étudiants : il se propose donc de donner aux lecteurs l'essentiel de la dermatologie et de la vénéréologie, d'être « un fil conducteur » pour l'étude de ces deux branches de la médecine. La première partie est consacrée aux maladies de la peau ; après une nécessaire définition des lésions élémentaires, schématiquement figurées, la description des grands groupes cliniques ou étiologiques (troubles circulatoires, hémorragies, anomalies et pathologie des glandes de la peau, inflammations microbiennes ou non, maladies chroniques infectieuses : lèpre, tuberculose, mycoses, etc. ; hypertrophies, atrophies, tumeurs, parasitoses, etc.). La deuxième partie (150 pages environ) est réservée à la vénéréologie : blennorragie, chancre simple, lymphogranulomatose inguinale, syphilis, et les lésions génitales qui n'appartiennent à aucune de ces maladies (balanites, ulcère aigu, papillomes). Il est remarquable que ces pages n'offrent guère d'omission importante; mais l'auteur, dont on trouve ici la longue expérience, est forcément réduit parfois à une simple énumération. C'est d'ailleurs le danger de ces précis, qui ne sauraient, comme le dit O lui-même, remplacer d'aucune façon les traités ou les livres plus étendus. L. CHATELLIER.

Atlas des maladies communes de la peau avec 103 planches obtenues directement par la photographie en couleurs, par Henry C. G. SEMON, médecin pour les maladies de la peau, Royal Northern Hospital.

L'auteur a voulu mettre à la disposition du monde médical un *aide-mémoire*, comme il le dit, en français, dans sa préface, les dermatoses le plus fréquemment observées dans la pratique. Cet aide-mémoire s'adresse à la fois à la mémoire visuelle, par les planches en couleurs, et

la mémoire qu'on pourrait appeler intellectuelle, par un texte, court mais précis, placé en regard de chaque image.

La réussite est au-dessus de tout éloge. Les reproductions photographiques sont comparables aux plus belles, si elles ne les surpassent pas, par la précision du dessin et l'exactitude des couleurs. Tous ceux qui ont essayé d'obtenir des photographies en couleurs en dermatologie apprécieront la perfection de la technique des collaborateurs de Henry C. G. Semon.

Il est à souhaiter que le succès de ce beau livre justifie une édition nouvelle et plus complète. CLÉMENT SIMON.

Physiologie normale et pathologique de la peau humaine, par M. COMEL. Deux volumes de 971 et 675 pages. Trèves, frères, éditeurs, Milan.

La dermatologie italienne vient de s'illustrer une fois de plus par une œuvre magistrale, due à un véritable savant M. Comel. Cette œuvre originale à la fois dans son exécution et dans sa conception, puisque nulle part encore on n'avait tenté de réunir et de coordonner les fragments épars des acquisitions scientifiques dans le domaine de la physiologie cutanée, avait été précédée d'une sorte d'annonciation : le dernier Congrès italien de Dermatologie avait été en grande partie consacré aux questions physiologiques, et nous ne nous attarderons pas à répéter ce que nous avons dit alors pour montrer combien un pareil programme était « actuel ». Mais on peut dire aussi de ce *Traité* qu'il est « potentiel » et qu'il sera sans aucun doute le point de départ d'une renaissance des études de physiologie cutanée dont on peut augurer une moisson féconde.

Ce *Traité* comprend sept parties, divisées en 40 chapitres.

Une première partie (Chap. I et II) forme une introduction où sont exposées les difficultés auxquelles se heurte l'étude de la physiologie de la peau, dont les lois nous sont révélées surtout par la pathologie, de sorte que la clinique dermatologique est la source principale de l'étude physiologique. De vastes lacunes règnent dans ce domaine de nos connaissances, en particulier pour ce qui concerne les fonctions toniques de l'organe cutané, les fonctions microergiques, la chimie physique, les mécanismes sécréteurs.

La deuxième partie, qui comprend onze chapitres (III à XIII) est consacrée à la chimie *physiologique* de la peau, par opposition à la chimie *organique* ; cette dernière nous fait seulement connaître la composition chimique de la peau à l'état *statique*, la première au contraire, à l'état *dynamique*, c'est-à-dire les variations qui sont en rapport avec le fonctionnement de l'organe cutané; par cette étude, nous sont ainsi révélés les *mécanismes* des phénomènes cutanés. La physico-chimie revêt donc, pour le physiologiste, une importance bien supérieure à celle de l'histochimie. Dans cet ordre d'idées, une importance particulière doit être attribuée à l'étude des *manteaux* épicutanés : liquide et lipidique. L'auteur expose à ce propos une conception personnelle un peu différente de

la conception classique : pour lui, sueur et sébum apparaissent comme deux mélanges complexes qui ne sont pas fournis par un substratum morphologique unique, mais, simultanément, par l'épiderme, les glandes sébacées, les glandes sudoripares, de sorte que ces glandes apparaissent comme deux sous-sections spécialisées d'une vaste glande polyvalente : l'épiderme. Cette polyvalence est encore mise en évidence par l'étude des fonctions *microergiques* de la peau, c'est-à-dire des enzymes, des hormones, des vitamines : l'analogie de leur rôle conduit à les confondre plutôt qu'à les séparer ; les recherches de ces dernières années ont apporté quelque lumière sur les rapports entre la peau et les vitamines, mais beaucoup d'obscurité règne sur la question des sécrétions internes, de l'hormone cutanée. A l'étude de la chimie physiologique se rattachent encore les questions d'immunité, d'allergie, du rôle des substances inorganiques telles que les métaux lourds, qui semblent exercer des actions catalytiques, du rôle des solutions aqueuses dissociées en ions. Pour ces dernières, le rôle des anions et des cations est encore entouré d'obscurité ; il présente cependant une grande importance pour l'étude des rapports entre le régime et la physiologie normale et pathologique de la peau. L'étude de ces différentes questions fait ressortir l'importance respective des deux rôles physiologiques de la peau, organe de sécrétion et d'excrétion. Mais elle montre aussi que la distinction de ces deux ordres de fonctions n'est pas toujours possibles, certaines substances d'élimination jouant en même temps un rôle physiologique important (manteau acide, lipidique, etc...).

La troisième partie (chap. XIV à XVIII) est consacrée aux questions qui se rapportent à la chimie *physique biologique*, bien plus importante encore que la biochimie pour éclairer le mécanisme des phénomènes cutanés, mais elle reste entourée d'épaisses ténèbres. Ce que l'on connaît le mieux, c'est le rôle de la concentration des hydrogénions. Mais il reste à préciser les connaissances fort vagues que nous possédons sur la pression osmotique, la pression colloïdale, la viscosité, l'état d'imbibition, etc. Ce sont surtout les conceptions physico-chimiques, qui nous ont révélé l'extrême complexité, précédemment insoupçonnée, des fonctions cutanées nous faisant connaître leur rôle régulateur, leur action au point de vue de la résistance biologique, les fonctions dermoplastiques. Ces questions, outre leur intérêt doctrinal, présentent un intérêt pratique puisqu'elles nous ont permis de mieux comprendre, par exemple, la pathogénie des épidermophyties. A la chimie physique, se rapportent également les questions relatives à la perméabilité cutanée, aux propriétés électriques de la peau, et enfin, aux *œdèmes*. L'auteur étudie longuement les théories modernes qui ont transformé la pathogénie des œdèmes, considérée naguère comme un problème mécanique, circulatoire, et devenue aujourd'hui un problème chimique, tissulaire, l'œdème étant occasionné par des modifications de l'état de gonflement des tissus, de leurs propriétés d'imbibition.

La quatrième partie du *Traité* (chap. XIX à XXIV) est consacrée à la

circulation cutanée que C. conçoit essentiellement comme une fonction des petits vaisseaux cutanés. Des acquisitions importantes ont été faites dans ce domaine, dues aux recherches récentes notamment de Krogh, Ellebecke, Lewis, Vonviller, Jænsch, sur la réactivité vasculaire cutanée, la capillaroscopie, la dermographie, la température de la peau. On sait, par les analyses que nous avons publiées ici, combien importante est la contribution qui a été apportée par Comel à ces questions, auxquelles il s'est particulièrement intéressé. La capillaroscopie, la cutiscopie, véritable « microscopie sur le vivant » a modifié sur bien des points les notions jusqu'alors classiques de la microscopie cutanée, sur la conformation des petits vaisseaux, leur réponse aux excitations, sur les altérations pathologiques de la peau, les états constitutionnels. Ces méthodes ont éclairé aussi d'un jour nouveau les questions relatives à la pression capillaire, à la résistance et à la fragilité des capillaires. Dans un chapitre spécial est mis en valeur le double rôle de l'irrigation cutanée : *nutritif* et *défensif*, la défense étant assurée par les réactions de toute sorte aux excitations variées venues du milieu ambiant. Les *réactions cutanées*, question complexe, aux aspects multiples, occupent deux chapitres qui font comprendre la finesse des mécanismes régulateurs de l'organe cutané. A l'étude de ces réactions se rattache naturellement celle des *dermographies*, sujet auquel C. a particulièrement appliqué son activité ; il expose à ce propos ses conceptions personnelles sur la réactivité vasculaire en général, dont les analyses publiées ici précédemment ont déjà donné un aperçu, avec sa théorie sur la triade *leuchème-érythème-cyanème*. Cette partie du *Traité* se termine par l'étude de la *température* de la peau et C. démontre que c'est par elle que l'on peut encore le mieux apprécier les variations de l'irrigation sanguine.

La cinquième partie (chap. XXV à XXX) est consacrée à l'étude de quelques fonctions de la peau qui sont plus particulièrement en rapport avec son caractère d'organe de surface. Ce sont d'abord les *fonctions protectrices* : mécaniques, élastiques, thermiques, chimiques, ainsi que l'étude des troubles dus aux irritations dont l'intensité déborde cette efficacité protectrice. A l'étude des fonctions protectrices, se rattache celle de la *thermorégulation*, soit dans les conditions thermiques normales, où elle est assurée par le tonus thermique cutané, soit dans les conditions anormales, où elle est assurée par l'activité sécrétoire. A ces notions se rattachent aussi celles qui ont trait aux *échanges respiratoires* de la peau. Prennent place également dans cette partie les réactions cutanées à la lumière, aux rayons X, au radium, qui, lorsqu'elles seront mieux connues pourront être d'un grand secours pour l'explication du mécanisme des fonctions de la peau. Un autre chapitre important, aux points de vue biologique, expérimental, pharmacologique, et chimique, est celui qui a trait à l'*absorption cutanée*; cette propriété s'oppose à l'imperméabilité cutanée, et cet antagonisme met en évidence le binôme physiologique fondamental de la peau : d'une part, protéger l'organisme

contre les influences nocives du milieu ambiant, d'autre part, mettre cet organisme en rapport avec ce milieu ambiant. Cette cinquième partie se termine par l'étude des *phénomènes électriques* de la peau : la résistance et la conductibilité électrique du corps humain sont en grande partie sous la dépendance de l'organe cutané.

Sixième partie (chap. XXXI à XXXV) ; elle est consacrée à la *sensibilité cutanée*, étude des caractéristiques fondamentales des réactions sensorielles, des qualités, des sensations cutanées, du développement des sens à partir de la peau « mère des organes des sens », de la disposition métamérique des sensibilités cutanées. Ces diverses propriétés font de la peau un organe excessivement complexe, un véritable « cerveau périphérique ». C. expose à ce propos sa doctrine de l'*épiesthésie cutanée* (par opposition à la *cénesthésie*) qui caractérise les discordances entre les fonctions sensorielles et les fonctions réactives. D'après cette conception, les sensibilités tactile et thermique se distinguent par la prédominance de la composante de relation, la sensibilité douloureuse au contraire par la prédominance de la composante épiesthésique. L'organisme est ainsi averti, par ses fonctions sensorielles, des différences de constitution et de température du milieu ambiant par rapport aux siennes ; l'ensemble des sensations tactiles représente une sensibilité homéomorphe, qui avertit l'organisme de l'action des causes extérieures qui peuvent déformer sa surface ; l'ensemble des sensations de chaud et de froid représente une sensibilité homéotherme qui avertit l'organisme de l'action des causes extérieures qui peuvent modifier sa température. L'ensemble de ces deux sensibilités avertit l'organisme des excitations extérieures inoffensives. La sensibilité douloureuse par contre, a pour mission d'avertir l'organisme du « dommage » qui peut résulter de ces excitations, et de provoquer des réactions d'alarme. Ces conceptions ouvrent la voie à une interprétation unitaire du déterminisme et du mécanisme des diverses catégories de sensations : on peut les concevoir comme dues à la formation, dans le tissu excité, et par action de l'excitant, de substances esthésigènes, qui constitueraient l'excitant immédiat pour la réaction sensorielle.

Enfin, la septième et dernière partie (chap. XXXVI à XL) est consacrée à l'étude de l'*individualité cutanée*, c'est-à-dire de l'importance de l'organe cutané parmi les autres qui constituent l'organisme ; l'étude des greffes a bien mis en évidence cette individualité ; les phénomènes d'insertion et d'expulsion des greffons représentent de véritables réactions d'individualité ou d'incompatibilité entre le récepteur et le donneur. Mais si la peau possède une individualité propre, certains faits, tels que les rapports entre la peau et les endocrines montrent aussi que ses fonctions sont en rapport étroit avec celles des autres organes. On connaît fort mal l'influence de la peau sur les glandes endocrines ; on connaît mieux les répercussions sur la peau des dysendocrinies, mais dans un cas comme dans l'autre, les faits doivent être interprétés avec une grande

prudence et il faut se méfier des simples coïncidences qui ont été parfois l'origine d'interprétations erronées.

Un autre aspect des rapports entre la peau et l'organisme est représenté par l'allergie, qui comprend deux ordres de faits : ceux qui sont dus à l'allergie cutanée primitive et ceux qui sont dus aux répercussions sur la peau de l'allergie de l'organisme. Les fonctions immunigènes cutanées, la dermophylaxie, les rapports entre le régime alimentaire et la constitution chimique de la peau, entre le régime et l'allergie alimentaire, trouvent ici leur place, questions dont l'importance pour le dermatologiste se conçoit aisément.

Des rapports importants existent aussi entre la peau et le système nerveux ; ils sont doubles : d'une part, la peau, qui est le siège des divers organes des sens, est le point de départ d'une nombreuse catégorie d'excitations nerveuses et de phénomènes réflexes ; d'autre part le système nerveux est à son tour susceptible d'influencer la plupart des fonctions cutanées.

Le dernier chapitre du *Traité* est consacrée aux rapports entre la peau et la *constitution de l'individu*, rapports tellement importants que, d'après certains, l'âge d'un sujet pourrait être mieux d'après l'état de sa peau que d'après l'état de ses artères ; mais pour l'étude de ces rapports, nous en sommes encore au stade descriptif, et la connaissance des phénomènes intimes biochimiques est encore à l'état embryonnaire.

Par cette analyse, à la fois trop longue et trop brève, nous avons voulu surtout donner un aperçu de la variété, du volume, de l'étendue des problèmes qui ont été abordés par le Pr Comel et qu'il a traitée avec la maîtrise à laquelle on pouvait s'attendre de la part de ce savant physiologiste. Beaucoup d'autres commentaires se présentent à notre esprit, dont la nécessité de nous limiter nous oblige à nous abstenir. Le Pr Comel peut, en contemplant son œuvre, se dire avec orgueil, comme le poète antique : *exegi monumentum* ; et l'on applaudira à cette brillante manifestation, sur le terrain scientifique, du racisme latin.

BELGODERE.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.



Photo Isabey.

ÉDOUARD JEANSELME
(1858-1935)

ANNALES DE DERMATOLOGIE.
MAI 1935.





Edouard JEANSELME
(1858-1935)

« La vertu a cela d'heureux qu'elle se suffit à elle-même, et qu'elle sait se passer d'admirateurs, de partisans et de protecteurs » (La Bruyère).

Esprit magnifiquement ouvert et cultivé, travailleur opiniâtre, voyant juste et loin, passionné dans l'effort vers le vrai, le bien et l'utile, le Professeur Jeanselme laissera un nom respecté et aimé.

Pour ceux qui ont eu l'heureuse fortune de vivre dans son intimité, il évoquait certains hommes de ce XVIIIe siècle qu'il chérissait. Comme eux, il appréciait et scrutait le passé, sachant que nous lui devons ce que nous sommes; il vivait ardemment l'heure présente, saisissant les idées nouvelles pour les juger avec un sens critique toujours avisé. Mais, surtout, il travaillait pour l'avenir, organisant, en croisé du XXe siècle, la lutte contre deux des plus grands périls mondiaux, la syphilis et la lèpre.

Cet homme avait une allure modeste; son geste était rare, sa parole réservée. Mais tant étaient fortes la netteté de son raisonnement, la puissance et la clarté de ses arguments que toute cause défendue par lui était gagnée; car c'était toujours une bonne cause, il n'en eut pas accepté d'autre. Ainsi a-t-il su intéresser, émouvoir les pouvoirs publics, l'action internationale même, et obtenir leur concours contre les fléaux qu'il combattait.

Membre ou président de maintes commissions, sociétés savantes, ligues, sa haute probité scientifique, son autorité morale, son dévouement à l'intérêt général en firent un des conseillers les plus écoutés.

Fièrement indépendant, il ne se laissa jamais enfermer dans de petites chapelles. Il n'accepta, comme guide, que le jugement impartial de sa conscience et les plus nobles traditions de son pays. Cependant titres et honneurs vinrent à lui, sans qu'il les cherchât.

Toujours au labeur, il aimait à se reposer d'un travail par un

autre travail. Byzance et son empire, son Indo-Chine tant aimée étaient ses pays du merveilleux. Il se délassait en étudiant leurs mœurs, leur littérature, leur pathologie.

Aussi l'œuvre du Professeur Jeanselme est-elle grande et variée. C'est auprès d'Hallopeau qu'il trouva, dès l'Internat, son orientation définitive vers la Dermato-Syphiligraphie. La seule énumération de ses publications sur les affections cutanées remplirait de nombreuses pages, depuis sa thèse en 1888 sur les *dermites et éléphantiasis consécutives aux ulcérations et à l'eczéma des membres variqueux*. A relire ces travaux, on les croirait écrits d'hier; presque aucun n'a subi l'atteinte du temps. C'est qu'avec l'objectivité de son esprit, Jeanselme s'attachait aux faits et non aux théories, car il savait la fragilité et l'instabilité de celles-ci.

Il apporte ainsi d'importantes contributions à l'étude clinique, biologique ou expérimentale de la tuberculose cutanée, de la vaccine généralisée, du zona, de l'érythème annulaire centrifuge, de l'érythrokératodermie, du *pityrasis rubra* pilaire familial, de l'urticaire pigmentée dont il signale les troubles sanguins. Il s'intéresse plus particulièrement au mycosis fongoïde et à sa forme érythémateuse, aux alopécies congénitales, au monilethrix, à la sclérodermie dont il fait connaître le type dyschromique, les troubles thyroïdiens, la fréquente origine syphilitique, le traitement par l'ionisation à l'iodure de potassium. Les épidermomycoses, les trichophyties, le favus font l'objet de plusieurs communications, ainsi que la sporotrichose dont il décrit une variété due au *Sporotrichum Jeanselmei.*

Dès 1893, un cas de lèpre aiguë le met aux prises, à Saint-Louis, avec cette redoutable affection. Le combat ne cessera plus. Il y consacrera sa vie; il y pourvoira même encore après les premières atteintes du mal qui devait si brutalement l'emporter, quelques instants avant de perdre connaissance.

Nommé médecin des hôpitaux en 1896, il est chargé, l'année suivante, d'un rapport sur la lèpre en France et dans ses colonies, à la Conférence internationale de Berlin. Il étudie les troubles sensitifs de cette maladie, certaines de ses localisations, son diagnostic avec la maladie de Morvan et avec la syringomyélie, la recherche du bacille dans le mucus nasal.

Envoyé en mission, en 1898, il visite, pendant deux ans, l'Indo-Chine française et, au milieu de mille difficultés pittoresques ou péril-

leuses, le Yunnan alors en révolution et la Birmanie. Il étend son enquête à la presqu'île de Malacca et à Java. Sa lancette de vaccinateur le sauve des dangers, lui ouvre bien des portes et lui permet de recueillir une masse de documents originaux sur les mœurs et les maladies de ces régions.

Ce sera le départ d'une étincelante série de travaux, dès son retour à Paris et dès l'agrégation, en 1901, sur la variole, le paludisme, les leishmanioses, le bouton d'Orient, le béri-béri, le pian, les nodosités juxta-articulaires dont il donne la première description et auxquelles on attache son nom. Il se préoccupe de la question de l'opium, de l'alcoolisme, de l'assistance médicale en Indo-Chine et toujours et surtout de la lèpre, dont il burine sans cesse le tableau clinique. Il vulgarise toutes ces notions nouvelles dans un *Cours de dermatologie exotique* qu'il crée, dans des articles de traités demeurés classiques et écrit, avec Rist, un *Précis de pathologie exotique*, en 1909. Sa notoriété lui vaut de représenter la France au Ve Congrès international de Berlin, sur la lèpre, à la Conférence internationale de Bergen et d'y faire admettre les mesures de prophylaxie qu'il avait indiquées aux Congrès coloniaux de Paris, en 1904, de Constantine, en 1911.

La lèpre reste, en effet, son principal souci. Il en étudie la dispersion, les caractères cliniques, les éléments de diagnostic, les modes de traitement. Son expérience unique de la question lui permet de condenser son œuvre, en 1934, dans ce *Traité de la lèpre* qui lui tenait tant à cœur, véritable monument scientifique, modèle de clarté et de précision. La même année, il pouvait inaugurer, à l'hôpital Saint-Louis, le pavillon des lépreux qu'il avait conçu et fait édifier avec l'appui moral de ses collègues de l'Ordre de Malte.

La syphilis, péril social, fut son autre grand adversaire. Il la dépiste d'abord dans certaines de ses localisations encore peu connues à l'époque : chancres et types anormaux, néphrites secondaires, syphilis de la rate, stigmates dentaires ou cardiaques de l'hérédo-syphilis, valeur séméiologique du tubercule de Carabelli, etc. En précurseur, il s'attache à l'étude du liquide céphalo-rachidien et montre toute l'importance des méningopathies syphilitiques. Il écrivait là, le premier, un des plus importants chapitres de la syphilis nerveuse. Il concourt à l'étude biologique du tréponème et montre la possibilité d'une séro-agglutination du parasite.

Quand, en 1910, les nouveaux arsenicaux sont introduits dans le traitement de la syphilis, il en étudie aussitôt et précise la technique, le sort dans l'organisme, l'action clinique et sérologique ; il en signale les inconvénients et les dangers. Il voit toute la valeur de la nouvelle médication et la défend avec ardeur, sans autre considération que la vérité. Plus tard, il en sera de même pour le bismuth, dont Sauton avait fait les premiers essais dans son laboratoire.

Bien avant la guerre, Jeanselme avait compris la nécessité de modifier, dans sa pratique, le traitement de la syphilis et d'en faciliter l'observance pour le travailleur. Il conçoit, un des premiers, le mécanisme du dispensaire anti-vénérien et, malgré bien des résistances, parvient, avec Hudelo, à ouvrir les deux dispensaires de Broca. Il devient l'avocat éloquent de ce nouvel organisme, dont on sait l'heureuse formule et l'immense développement.

Cette lutte sociale, il la continue dans les sociétés savantes, à l'Académie de Médecine, à la Faculté qui l'accueillent, à l'hôpital Saint-Louis où il réorganise le stage des étudiants et développe des cours florissants de perfectionnement pour les médecins français et étrangers. Il porte la bonne parole à la Société médicale des hôpitaux dont il devient président, à la Société de pathologie exotique, à l'Institut de médecine coloniale, au Comité national d'études sociales et politiques, à la Société de prophylaxie sanitaire et morale qu'il anime. Il fonde, enfin, avec quelques amis, la Ligue nationale contre le péril vénérien, dont l'effort devait devenir si fructueux.

Nul mieux que lui ne pouvait alors écrire, en 1925, les deux précis de *Syphiligraphie* et de *La syphilis, son aspect pathologique et social*, livres de chevet de tous les spécialistes. Sous sa direction paraît, depuis 1931, le *Traité de la syphilis*, œuvre fondamentale qui manquait à la science française et où il rédige d'importants chapitres, notamment une remarquable histoire de la syphilis.

Cependant, Jeanselme ne cesse pas de s'intéresser à la pathologie et à la médecine générale. Il étudie les accidents nerveux des épanchements pleuraux et de la thoracentèse, les thyroïdites infectieuses, le diabète bronzé et le pigment ocre, l'ostéomyélite d'ori-

gine pulmonaire, la leucémie aiguë chez l'enfant, la cirrhose tuberculeuse de la rate, l'encéphalite épidémique, etc. Il publie une statistique souvent consultée des cancers observés à l'hôpital Tenon. Dans son enseignement, si clair, si précis, il insiste, chaque jour, sur les relations de la dermatologie avec la pathologie dont elle n'est qu'un chapitre ; une dermatose est, avant tout, le retentissement sur la peau d'une cause plus centrale.

Si Jeanselme vivait intensément le présent et travaillait pour l'avenir, sa délectation était le passé. Une culture toujours entretenue lui permettait de goûter, dans le texte, les Latins et les Grecs. Il en enrichissait, sans cesse, sa bibliothèque au hasard des trouvailles dans les boîtes de son cher quai Malaquais. Ces lectures étaient son repos ; il s'y délassait, tard dans la nuit, en y puisant matière à nombreuses et fortes études historiques. Ce fut d'abord un important travail sur « la protection de l'enfant chez les Romains » et, incidemment, des études économiques ou sociales sur l'empire d'Auguste et ses voisins. Byzance l'attirait surtout. Il était familier de ses empereurs, de son peuple ; il en connaissait l'alimentation, la vie, les mœurs, les tares, les maladies. On est confondu par l'argumentation des nombreuses communications qu'il fit à la Société des études grecques, à celle de l'Histoire de la médecine dont il fut président. La lèpre eut, il va de soi, bonne place dans ces travaux, quelle fût de l'antiquité, du moyen-âge ou de la période contemporaine.

Tous ces écrits ne valent pas seulement par leur fond et leur documentation. La forme en est impeccable. Jeanselme avait le scrupule du fini ; il cherchait le poli de la phrase, le mot juste et frappant, l'expression qui retient la pensée. Et si son auteur préféré était Montesquieu c'était, sans doute, qu'il en était fort près. Comme le dit un de ses amis, il « savait goûter avec délicatesse le jeu des idées avec lesquelles les hommes ont de tout temps essayé de satisfaire leur besoin de savoir et d'apaiser leurs tourments ».

J'ai eu le grand honneur d'être admis dans son intimité, de connaître le foyer harmonieux où, au milieu d'êtres chéris, il menait cette vie si droite de labeur, de vertu familiale et sociale. J'ai pénétré dans le cercle étroit de ses fidèles et vieux amis, j'y ai pris de grandes leçons. Je sais, grâce au Professeur Jeanselme, combien

il est beau d'être l' « honnête homme » de jadis ; mais je sais aussi combien cela est difficile.

Que Mme Jeanselme et ses deux fils soient assurés que celui dont nous pleurons la perte laissera parmi nous le souvenir d'un savant probe, d'un maître vénéré, d'un homme qui fit honneur à la Médecine française.

A. Touraine.

TRAVAUX ORIGINAUX

RECHERCHES SUR LE MÉCANISME PHYSIO-PATHOLOGIQUE DE LA PELADE

RÉACTION DU RÉSEAU TROPHO-MÉLANIQUE ET DU TISSU RÉTICULO-ENDOTHÉLIAL DANS LA PELADE HUMAINE ET EXPÉRIMENTALE

Par MM. A. LÉVY-FRANCKEL et F. CAILLIAU.

Dès 1897, M. Sabouraud a attiré l'attention sur les troubles « intenses et manifestes » de la fonction pigmentaire au niveau de la papille pilaire et de l'épiderme de surface : à une première phase de dépilation correspondrait une diffusion du pigment hors des cellules qui normalement l'absorbent pour le mettre en œuvre ; à la phase seconde, phase d'état, M. Sabouraud signale l'achromie de la couche malpighienne..., témoignant d'une fonction à peu près supprimée dans toute l'étendue de la plaque chauve, et persistant jusqu'à la phase ultime de la pelade.

Ce fait capital, continue M. Sabouraud, demanderait à être remis à l'étude avec les notions acquises désormais sur le réseau tropho-mélanique, et par les techniques de Borrel-Masson.

En effet, les travaux récents d'histo-physiologie cutanée nous ont fait connaître, d'une part, le réseau tropho-mélanique, voué avant tout à la mélanogénèse, et d'autre part, le tissu réticulo-endothélial ou système histiocytaire d'Aschoff. On envisage généralement le réseau tropho-mélanique comme une différenciation fonctionnelle spéciale du système histiocytaire.

Des fonctions prépondérantes attribuées à ce système, nous n'envisagerons que les moins discutées, le rôle pexique et phagocytaire, et surtout le rôle trophique mis en lumière par la notion des échanges dermo-épidermiques.

Il nous a paru intéressant d'interroger, au sujet de la pelade du cuir chevelu et de la barbe, les réactions de ce système, en les comparant aux réactions physiologiques normales. Nous avons utilisé dans ce but les méthode d'imprégnations à l'argent ammoniacal de Fontana, avec virage à l'or de Cajal, de Bielchowski-Maresch, de Del Rio Ortega, d'une part, et nous avons employé d'autre part, la méthode de coloration vitale (bleu trypan). Ces recherches ont été faites chez l'homme, et, après provocation de la chute des poils par irradiation, chez le lapin.

Chez l'homme, nos recherches ont porté sur 9 malades, dont 8 peladiques et un sujet atteint d'alopécie séborrhéique.

Observations (résumées)

Observation I. — Col..., Jacques, âgé de 56 ans, se présente le 22-3-1934 avec une pelade de la nuque, en pleine extension, datant de 10 jours ; à la périphérie de la plaque existent de nombreux cheveux peladiques. Biopsie.

Observation II. — Le Petr..., Henri, âgé de 29 ans, vient consulter le 5-11-1932 pour une plaque de pelade de la barbe, datant de 5 mois. Biopsie.

Observation III. — Brio..., Constant, âgé de 58 ans, vient consulter le 11-10-1932, pour une pelade totale, datant de 1929, c'est-à-dire de 3 ans, ayant débuté 6 mois après un zona thoracique ; l'alopécie a débuté par la région occipitale, et a évolué comme une pelade ophiasique ; il existe de l'hypotonie cutanée généralisée et des lésions unguéales (koïlonychie des deux médius, ongles en dé à coudre). Biopsie.

Observation IV. — Laf..., Maurice ; se présente le 29-11-1933, avec une grande pelade du cuir chevelu, de type Bateman, datant de 6 mois. Biopsie.

Observation V. — Biet..., Raymond, vient consulter le 7-6-1934, pour une plaque de pelade de forme arrondie, de la dimension d'une pièce de 2 francs, datant d'une dizaine de jours, siégeant à la région temporale gauche. Biopsie.

Observation VI. — Rapic..., Gabriel ; se présente le 9-6-1934 ; il est âgé de 17 ans, et offre une plaque de pelade de la nuque, de la dimension d'une pièce de 1 franc, datant de 5 jours environ. Biopsie.

Observation VII. — Bours... Pelade de la barbe.

Observation VIII. — Mme Bimb..., âgée de 46 ans, se présente le 8-2-1934 avec une pelade de la nuque, développée symétriquement autour d'un nævus plan et dont le début remonte à 3 semaines. Biopsie le 23-6-1934.

Observation IX. — Campo..., Jean, 46 ans, vient consulter pour une alopécie du type séborrhéique dont le début remonte à 1927. Biopsie le 30-12-1932.

Chez les sujets de la série examinée, les troubles de la pigmentation répondent à des états dyschromiques, dus tantôt à un excès de pigmentation, (hyperchromie), tantôt à une raréfaction du pigment, (hypochromie) ou à sa disparition totale (achromie) ; en outre, chez certains sujets, le pigment a disparu en certaines zônes, tandis qu'il s'est intensifié autour de ces zônes, rappelant ainsi le processus dyschromique du vitiligo (forme achromo-hyperchromique).

Rappelons l'hypothèse sur laquelle repose le problème de la pigmentogénèse : Bruno Bloch, par l'action d'un composé synthétique découvert par lui, la dopa, met en évidence dans le système trophomélanique, dans les cellules dites mélanoblastes ou cellules de Langerhans, un ferment-oxydase, qui transforme en pigment la substance chromogène dont ces cellules sont imprégnées normalement, et qui semble provenir du sang; il reproduit, *in vitro*, en substituant, dans les coupes à congélation, la dopa au chromogène absent, les réactions de la peau vivante pour l'élaboration de la mélanine : c'est la dopa-réaction.

Utilisant les propriétés argentaffines et argento-réductrices des pigments mélaniques, Masson immergeant dans le nitrate d'argent ammoniacal de Fontana le matériel d'étude fixé à l'alcool, au formol ou au Bouin, traité ensuite par la méthode de Cajal au chlorure d'or, réalise de même la réduction de l'argent sur toutes les granulations de mélanine.

Ces méthodes ont permis de distinguer :

1° Les cellules productrices de pigment, ou mélanoblastes, ou cellules rameuses de Langerhans, étalées entre les cellules basales de l'épiderme, et dans la gaine épithéliale des poils.

2° Les chromatophores, d'origine mésodermique, qui phago-

cytent la mélanine et la transportent par leurs expansions rameuses vers d'autres cellules. L'ensemble de ces éléments producteurs et porteurs de pigment forme un réseau de cellules fixes anastomosées par leurs expansions rameuses, réseau relié par une chaîne de cellules aux cellules adventitielles étoilées périvasculaires : les mélanoblastes sécréteraient l'oxydase qui précipite le chromogène venu du torrent circulatoire et apporté aux cellules par leur prolongement anastomotique. Ainsi apparaît le pigment mélanique, qui circule le long des arborisations du réseau, soit vers les cellules épidermiques, soit vers les chromatophores dermiques.

C'est cette pigmentogénèse, témoin de l'activité du système tropho-mélanique, que nous avons d'abord interrogée dans l'étude des pelades humaines et expérimentales.

Mélanogénèse dans les pelades humaines.

Dès sa sortie du vaisseau, le chromogène chemine à travers le réseau anastomotique, gagne les cellules de Langerhans où il est transformé en pigment, et est distribué à la fois à l'épiderme et au derme. Nous envisagerons donc dans les prélèvements :

1° Les cellules de Langerhans ; 2° leurs prolongements rameux destinés à l'épiderme et le pigment épidermique ; 3° leurs prolongements dermiques et les chromatophores tatoués de pigment dermique ; 4° le pigment déplacé qui peut être observé sur la chaîne endothélio-langerhansienne, depuis le vaisseau jusqu'au tégument ; 5° les mélanoblastes des gaines épithéliales externes des poils.

A) *Pelade du cuir chevelu de type hyperchromique* (Fig. 1).

L'argentation montre :

a) Des cellules de Langerhans nombreuses, anguleuses, étroites ou étalées dans la couche basilaire, au contact de la vitrée, bourrées de mélanine. Ce pigment apparaît en grains très fins, poussiéreux, dessinant les contours cellulaires, masquant souvent le noyau, et suivant les prolongements rameux des mélanoblastes qui s'échappent dans toutes les directions. Tous les mélanoblastes ne sont pas également teintés par le pigment et par le Golgi : certaines de ces cellules sont révélées, non seulement par le pigment, mais par une substance différente diffusée dans le protoplasme.

b) Les prolongements rameux destinés à l'épiderme rampent souvent le long de la basale, s'infléchissent entre les limites des cellules germinatives, et se terminent soit par un bouton, soit par une calotte formant écran, soit par une extrémité effilée, entre ces cellules germinatives, ou entre les cellules filamenteuses du corps muqueux, auxquelles ils distribuent le pigment qui révèle leur trajet ; ce pigment apparaît fin et poussiéreux, et très abondant.



Fig. 1. — *Pelade humaine.* Argento-réduction de Masson.
Pelade hyperchromique : On distingue autour des sommets papillaires, la couche des cellules rameuses de Langerhans, indiquée par une ligne sinueuse ; ces cellules ont des contours peu distincts en raison de l'abondance du pigment mélanique élaboré. Certaines cellules du corps muqueux sont très pigmentées et, au microscope la mélanine est identifiable jusqu'aux strates de la couche granuleuse.

c) Les prolongements rameux destinés au derme charrient abondamment le même pigment, réparti en grains disposés linéairement vers les chromatophores tatoués de mélanine : mais cette mélanine revêt ici un aspect objectif différent : le pigment n'a plus l'aspect poussiéreux et fin, mais forme des amas compacts, des mottes angu-

leuses, globoïdes, grossières ; il a subi une transformation métabolique.

d) Fréquemment on distingue, dans certains segments de la chaîne endothélio-langerhansienne, des amas pigmentaires éloignés des cellules et de leurs arborisations immédiates, répartis en petits foyers isolés, souvent riches en mélanine, essaimés depuis les cellules adventitielles des vaisseaux jusqu'aux mélanoblastes de Langerhans.

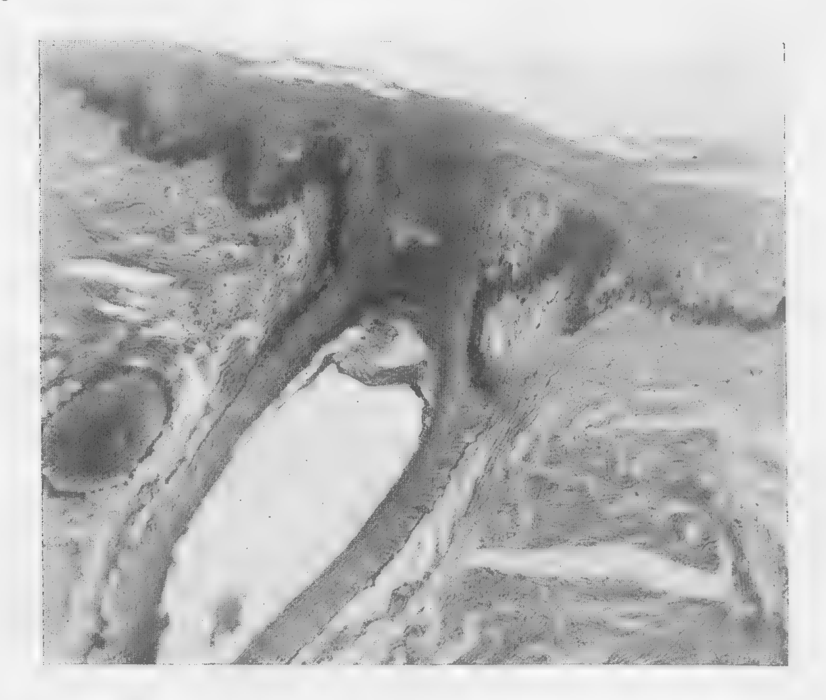


Fig. 2. — *Pelade hyperchromique de la barbe chez l'homme.* Argento-réduction de Masson.

Les mélanoblastes et les cellules de l'assise basale sont encombrés d'un pigment surabondant réparti sous l'aspect d'une bande sombre juxta-basale ; la mélanine s'étale autour d'un infundibulum pilaire élargi et dépourvu de poils. Certaines cellules du corps muqueux sont pigmentées, le derme est assez pauvre en pigment déplacé.

Dans certaines pelades hyperchromiques, les mélanoblastes sont très nombreux et surchargés de mélanine ; le pigment distribué abondamment aux cellules malpighiennes peut être décelé jusque dans les strates de la couche granuleuse, et le pigment dermique

est mis en évidence jusqu'aux limites du derme moyen. En outre, on peut observer une pigmentation des appareils pilo-sébacés localisés à la gaine épithéliale externe du follicule, dans la région qui se trouve en regard de l'épiderme du revêtement général.

B) *Pelades hyperchromiques de la barbe* (fig. 2).

Les mêmes méthodes appliquées aux pelades de la barbe nous ont montré une distribution du pigment élaboré en excès par un système tropho-mélanique amplifié ; l'image histologique est à peu près identique à celle des pelades du cuir chevelu de type hyperchromique; toutefois les granulations pigmentaires atteignent souvent les couches les plus élevées du *stratum granulosum* ; en outre, au niveau du follicule pilo-sébacé, les cellules de Langerhans qui occupent la région basale de la gaine épithéliale externe du poil, sont toujours nombreuses, richement arborisées, et élaborent un pigment abondant sur toute la zone s'étendant depuis le canal excréteur de la glande sébacée jusqu'à l'ostium pilaire ; au-dessous du canal sébacé, mélanoblastes et mélanine font défaut.

Dans le derme péri-folliculaire, le pigment est déplacé et apparaît en blocs anguleux ou en mottes dans des chromatophores plus espacés et moins richement tatoués que dans le derme du cuir chevelu. Ce pigment peut cependant être repéré très profondément en petits foyers espacés jusque dans le derme moyen.

C) *Malades du cuir chevelu du type achromique* (fig. 3).

Dans ces formes, l'étude de la mélanogénèse montre l'absence de mélanine dans toutes les cellules épidermiques et dans la gaine épithéliale externe du poil.

On distingue cependant le long de la basale quelques mélanoblastes chargés de rares grains pigmentaires qui ne quittent pas le corps cellulaire; d'autres mélanoblastes, pauvres en mélanine, sont intercalés entre les cellules basales; il semble qu'il y ait, dans ces éléments, épuisement de la fonction pigmentogène, ou qu'ils n'aient pas reçu de chromogène, faute de cellules amboceptrices, ou encore qu'ils aient perdu leur oxydase (comme dans le vitiligo).

On n'observe aucune trace de pigment dermique.

D) *Pelades achromo-hyperchromiques.*

Dans ce troisième type, les imprégnations montrent que les zones achromiques alternent avec les zônes hyperchromiques.

Dans les zônes achromiques, le pigment mélanique manque com-

plètement dans l'épiderme ; cependant, dans les cas qui, logiquement, devraient répondre aux lésions les moins évoluées, on trouve le pigment déplacé dans le derme, dans le corps papillaire autour des vaisseaux, en mottes de mélanine dans des chromatophores tatoués : et toujours ce pigment, déplacé et non renouvelé, peut-être anciennement élaboré, se trouve dans le derme en regard des zônes achromique épidermiques. Dans les cas qui paraissent répondre à

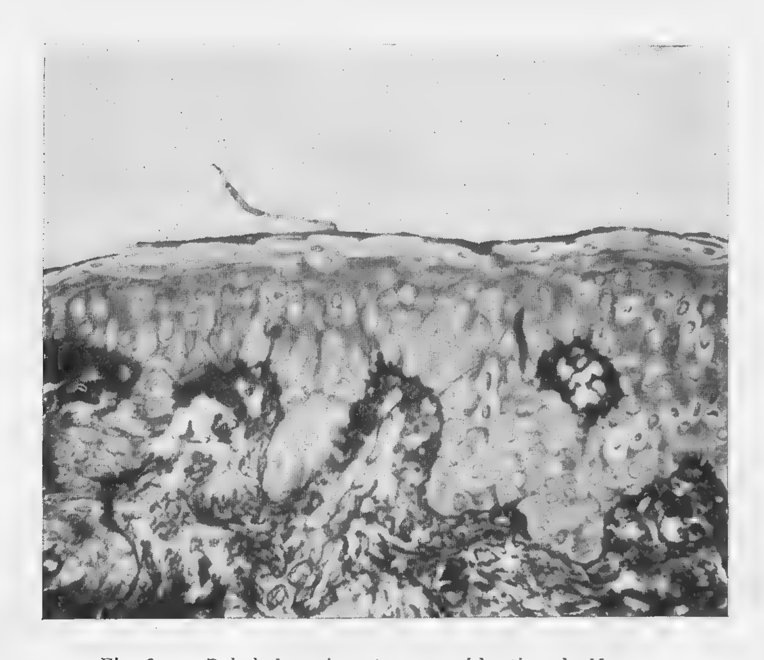


Fig. 3. — *Pelade humaine*. Argento-réduction de Masson.
Type de pelade hypochromique. La couche basale et les différentes strates de l'épiderme sont dépourvues de mélanine. Les mélanoblastes visibles au microscope sont inactifs du fait de l'absence d'oxydase sécrétée ou de chromogène apporté par le torrent circulatoire.

l'affection plus évoluée, l'achromie est en effet totale dans l'épiderme et dans le derme ; il semble que le pigment cesse à un moment d'être élaboré, soit par épuisement du mélanoblaste qui ne sécrète plus l'oxydase, soit par absence de chromogène fourni par le sang.

Dans les zônes hyperchromiques, l'aspect est celui des pelades hyperchromiques ; la gaine épithéliale externe du poil est achromique et il n'existe pas de pigment dermique.

Ces formes achromo-hyperchromiques répondent-elles à la phase de passage des pelades hyperchromiques aux pelades achromiques? Cette hypothèse, plausible, ne paraît pas entièrement confirmée par la clinique.

Si nous comparons les résultats fournis par l'étude histologique de la pigmentogénèse aux indications que nous donne l'étude clinique des malades, il apparaît que l'équation : phase d'extravasation du pigment et envahissement des éléments de la papille par le pigment = 1[e], phase de dépilation, et achromie malpighienne = stade d'état ou phase ultime, n'est pas entièrement corroborée par les faits : les coupes histologiques du cuir chevelu de Bri.. (obs. III), atteint d'une pelade totale, complète depuis 3 ans, et celles de Le Petr.. (obs. II), atteint d'une pelade de la barbe fixée depuis 3 mois, sont de beaux exemples du type hyperchromique; par contre, les coupes de certaines pelades récentes, telles que Biet.. (obs. V), Lafaur.. (obs. IV), qui ne datent que de quelques jours, ou sont encore en évolution, sont du type achromique le plus pur.

Ces faits paradoxaux nous paraissent difficiles à expliquer. Si cependant nous envisageons nos malades, non plus suivant l'âge de leur alopécie et son stade d'évolution, il apparaît que les formes hyperchromiques et achromiques sont fonction de deux types bien distincts et déjà en partie séparés en clinique : les formes hyperchromiques paraissent répondre aux pelades débutant par la nuque (Ophiasis de Celse) et aux pelades de la barbe (obs. I, III, VI), les formes achromiques, aux pelades du type Bateman (obs. IV et V).

Nous ne pouvons que constater, sans l'expliquer, l'existence du type achromo-hyperchromique? (obs. VIII), qui s'apparente étroitement aux troubles de la pigmentogénèse observés dans le vitiligo, d'autant plus que ce même type a été retrouvé chez un sujet atteint, non de pelade, mais d'alopécie séborrhéique (obs. IX). Toutefois, dans ce cas, il n'y a aucun déplacement du pigment dans le derme, ni en regard des zônes privées de pigment ni en regard des zônes hyperpigmentées.

Recherches histo-bactériologiques. — Les méthodes à l'argent nous ont également permis de vérifier l'absence de spirilles dans les tissus de sujets atteints d'alopécie en aires, même de date récente ; les filaments spiralés que certains auteurs (Cederberg) (2) ont décrit

dans ces tissus, expliquant par leur prédilection pour la basale épidermique les troubles pigmentaires, semblent répondre, comme la coloration à l'orcéine comparée à l'argentation nous l'ont montré, à une hypergénèsie du tissu élastique, avec fragmentation des fibrilles, qui peuvent emprunter la morphologie des spirilles.

Mélanogenèse dans la pelade expérimentale du lapin.

Deux lapins ont été soumis à l'épilation radiothérapique ; le but que nous nous proposions tout d'abord était de comparer les lésions histologiques produites par l'irradiation aux rayons X (chez l'animal), avec celles qu'on constate dans la pelade humaine; lésions dont on pouvait soupçonner l'analogie, depuis la démonstration faite par M. Sabouraud de l'identité du mécanisme de la chute du cheveu peladique, et de la chute du cheveu déterminée par les rayons X (3).

I. — Lapin noir ; reçoit le 18-2-1932, sur un secteur localisé entre les deux oreilles, 5 H., soit, avec l'appareillage dont nous disposions, 330 R (Dr Juster).

Le 20-3-1933, 5 H.

Le 23-4-1933, 10 H.

Le 15-6, apparaît, au point traité, entre les deux oreilles, et débordant sur leur bord interne, une zone, en partie complètement glabre, en partie couverte de rares poils gris, presque blancs, fragiles.

Le 23-5-1932 : début de la repousse blanche ; injection de bleu de trypan : 2 centimètres cubes.

Le 25-5-1932 : bleu de trypan : 2 centimètres cubes.

Le 28-5-1932 : bleu de trypan : 2 centimètres cubes.

Le 30-5-1932 : bleu de trypan : 2 centimètres cubes.

Le 1-6-1932 : bleu de trypan : 2 centimètres cubes.

Le 3-6-1932 : bleu de trypan : 2 centimètres cubes.

Le 6-6-1932 : bleu de trypan : 2 centimètres cubes. Repousse blanche complète.

II. — Lapin blanc.

4-10-1933 : irradiation, sur la région dorsale : 10 H., soit 660 R.

20-11-1933 : irradiation, sur la région dorsale : 10 H., soit 660 R.

4-12-1933 : bleu de trypan : 2 centimètres cubes.

9-12-1933 : bleu de trypan : 2 centimètres cubes.

14-12-1933 : apparition de la plaque alopécique.

21-12-1933 : bleu de trypan : 2 centimètres cubes ; la région traitée

est complètement glabre et se présente sous forme d'une aire régulièrement arrondie, sans trace de radiodermite (fig. 4).

28-12-1933 : bleu de trypan : 2 centimètres cubes.
4- 1-1933 : bleu de trypan : 2 centimètres cubes.

Cliniquement, ces aires alopéciques se comportent comme les plaques de la pelade humaine : les poils qui ont repoussé, très rapidement, d'ailleurs, chez le lapin n° 1, de pelage entièrement noir, sont complètement blancs (fig. 5).



Fig. 4.

Etude histologique

L'alopécie provoquée du lapin se rapproche comme aspect histologique, de la pelade humaine, telle que l'a décrite M. Sabouraud : c'est la même atrophie progressive des follicules, avec ses nombreux essais de rénovation pilaire, se traduisant, comme dans la pelade humaine, par un bourgeonnement épithélial irrégulier de l'épiderme du follicule; les mêmes infiltrats péri-folliculaires, à lymphocytes

et à plasmazellen, aboutissant à un faisceau conjonctif à travées verticales débutant par la partie moyenne du follicule ; la même atrophie de l'épiderme de surface ; l'atrophie des glandes sébacées, la sclérose rétractile du corps papillaire et du derme. La rétraction



Fig. 5.

du tissu conjonctif tend, mais moins nettement que chez l'homme, à réunir les follicules persistants, qui débouchent dans un infundibulum commun.

Cette identité presqu'absolue des lésions tissulaires, dans l'alopécie en aires humaine, et dans l'alopécie radiothérapique expérimen-

tale du lapin, constitue une base précieuse pour les recherches histologiques : elle permet, en particulier, l'étude du système réticulo-endothélial par les colorations vitales, presqu'impossible à appliquer chez l'homme.

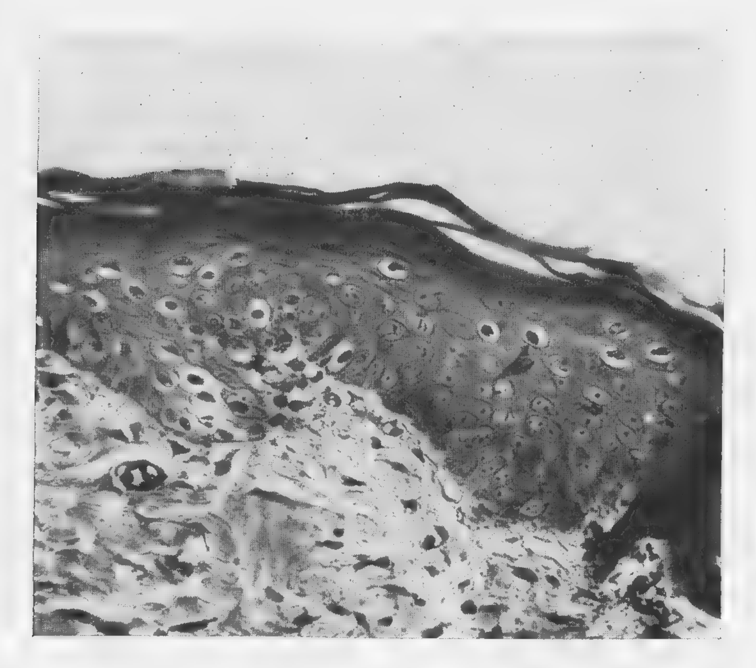


Fig. 6. — *Pelade expérimentale du lapin.* Argento-réduction de Masson. Le tégument est achromique et la réaction ne met aucun mélanoblaste en évidence dans la couche basale.

Imprégnation argentique

La réaction montre l'absence totale de mélanoblastes et de mélanine dans l'épiderme et dans la gaine épithéliale du poil ; le pigment est déplacé dans le derme, mais en foyers très discrets et très rares. La pelade expérimentale paraît se présenter, chez le lapin, suivant le type de la pelade achromique (fig. 6).

III. *Le système histiocytaire dans les pelades expérimentales. Colorations vitales chez le lapin normal et dans la pelade expérimentale du lapin.*

On sait, depuis les travaux de Ribbert, Goldmann, Borrel, Aschoff, Kubarsch, etc., que l'injection sous-cutanée, intra-vasculaire et sous-péritonéale de certains colorants, (bleu trypan, carmin lithiné, rouge neutre) permet, par rétention dans certaines cellules, de particules colorantes, de mettre en évidence l'existence du système hystiocytaire d'Aschoff ou tissu réticulo-endothélial, dont le réseau trophomélanique ne serait qu'une expansion différenciée en vue des fonctions pigmentogènes.

Cette méthode des colorations vitales nous a permis de comparer le tissu réticulo-endothélial du lapin normal, à celui du lapin rendu alopécique par irradiation. Ce tissu est très variable suivant les différentes espèces animales : chez la souris par exemple, il forme un syncytium de cellules anastomosées, très visibles dans les espaces séparant les épithéliums du tissu conjectif ; ce réseau est composé de cellules étoilées, anguleuses, pourvues de prolongements anastomotiques, appelées cellules réticulaires ou histiocytes fixes, par opposition aux éléments libérés entre les mailles du réseau, et appelés histiocytes libres. Nous avons dit plus haut l'importance histo-physiologique de ce système réticulé dans le trophisme cutané tant à l'état normal qu'à l'état pathologique.

Chez le lapin adulte normal soumis aux injections de bleu de trypan, cellules réticulaires et hystiocytes libres, contrairement à ce que l'on observe chez la souris et le cobaye, n'apparaissent distinctement que vers le derme inférieur, autour des vaisseaux, des vitrées glandulaires, des canaux excréteurs, des muscles hypodermiques, et le corps du derme ne montre qu'un reliquat rudimentaire du système histiocytaire fœtal (fig. 7).

Si l'on soumet pendant plusieurs mois, aux injections de bleu de trypan, répétées deux fois par semaine, un lapin préalablement irradié jusqu'à chute des poils dans une région déterminée, on constate une topographie très différente du système histiocytaire : deux zônes dans le tégument, apparaissent pourvues tant en cellules réticulaires qu'en histiocytes libres : ce sont le corps papillaire

du derme, et surtout le derme inférieur, à la limite dermo-hypodermique. En outre, la zone intermédiaire qui les sépare, et où chez le lapin normal, les histiocytes étaient exceptionnels, est envahie par ces éléments.

La répartition d'ailleurs varie suivant que l'on examine la zône centrale irradiée, ou la zône ambiante.

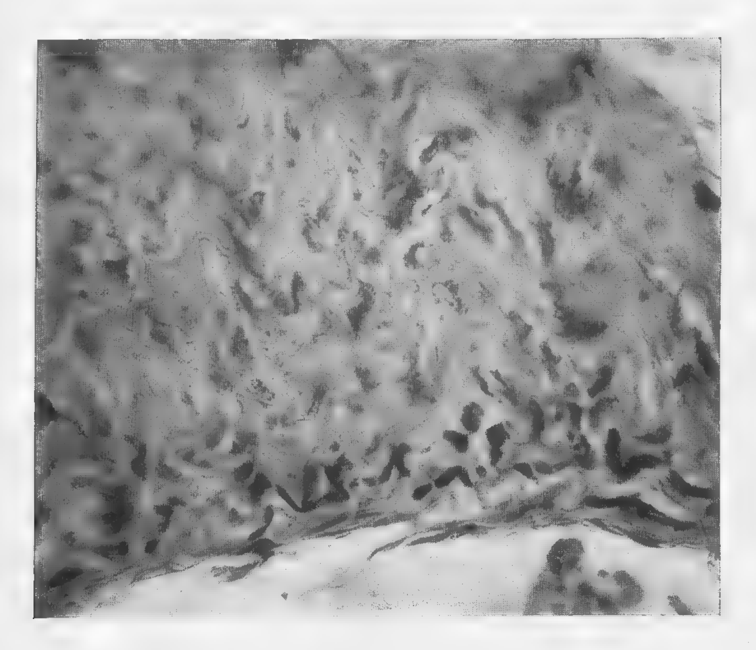


Fig. 7 — *Lapin normal.* Coloration vitale au bleu trypan.

A) *Zône centrale irradiée.*

Sous l'épiderme atrophié, dans le corps papillaire du derme, le bleu trypan montre des cellules réticulaires anastomosées et des histiocytes libres en abondance discrète ; le derme moyen n'est pas uniformément collagène, et autour des gaines adventitielles des vaisseaux, sur la vitrée des gaines épithéliales externes des poils atrophiés, autour des trajets et glomérules sudoripares, et même sur de rares gaines nerveuses, apparaît distinctement le réseau de cellules réticulaires fixes dont les mailles sont habitées par des histiocytes libres.

Il semble que ce réseau resté en puissance dans le tégument du

lapin adulte normal, s'est développé sous l'influence du processus qui a déterminé l'alopécie (fig. 8)

Il est difficile d'assigner une forme précise à ces histiocytes ; le colorant ne dessine pas leur contour, mais il masque le noyau et le corps cellulaire où il se dépose en blocs irréguliers, en granules, en fines poussières, mélangées souvent d'hémosidérine ; notons la présence de rares clasmatocytes, isolés, de cellules d'Ehrlich, et d'éléments fusiformes tapissant les fentes lymphatiques.

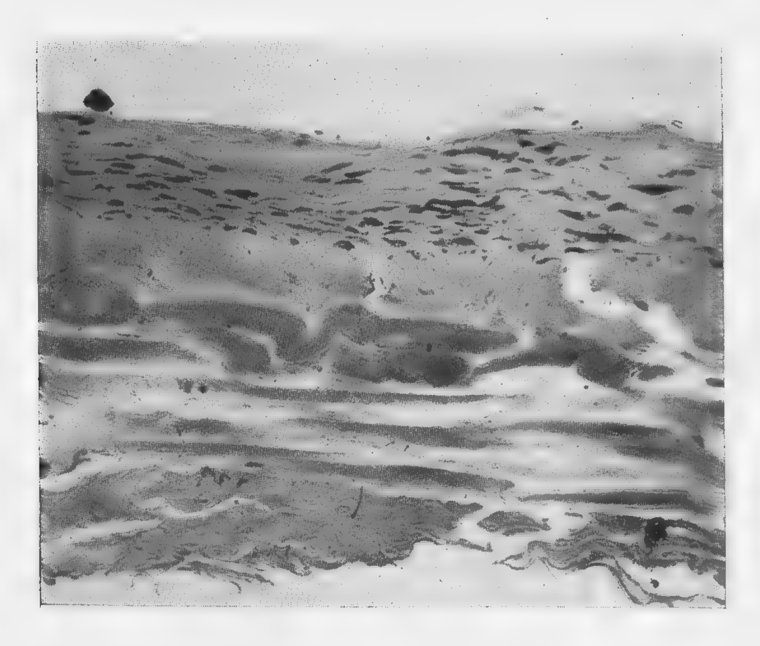


Fig. 8. — *Pelade expérimentale du lapin.*
Lapin irradié (Coloration vitale au bleu trypan).
L'image montre l'abondance des cellules histiocytaires chargées de grains colorants, réparties suivant une bande assez large, dans la zone dermo-hypodermique.

Au niveau du derme inférieur, l'accumulation des histiocytes est beaucoup plus importante ; cellules réticulaires et histiocytes libres sont tassés les uns sur les autres jusque dans les couches superficielles de l'hypoderme, où ils sont souvent orientés en rangées, allongées parallèlement à l'épiderme.

B) *Zône entourant la zône irradiée.*

Les histiocytes ayant retenu le bleu sont très rares, sinon absents, dans le corps papillaire et dans le derme moyen. Par contre, dans la région dermo-épidermique, le réseau est très apparent, moins dense cependant que dans la zone alopécique correspondante ; il semble bien que c'est en cette région qu'est cantonné le reliquat du tissu réticulo-endothélial chez le lapin adulte normal, et qu'il s'y retrouve prépondérant et amplifié au cours de la pelade expérimentale.

Conclusions.

Nos recherches ne nous ont pas permis de confirmer l'existence d'une infection spirillaire, en particulier dans la basale épidermique, expliquant les troubles pigmentaires (Cederberg).

Au point de vue de la mélanogénèse, elles nous amènent à des notions en apparence contradictoires : le système tropho-mélanique, dans certains cas, montre une suractivité fonctionnelle remarquable; il apparaît défaillant et épuisé chez d'autres malades. Faut-il admettre avec M. Sabouraud, que le système intensifié dans ses fonctions au début du processus, devient inopérant dans les cas plus évolués ? le type répondant aux formes achromo-hyperchromiques nous inciterait à le penser ; mais il est difficile de concilier cette hypothèse, avec le fait que certaines pelades paraissent achromiques d'emblée, alors que d'autres d'ancienne date, sont restées hyperchromiques. Dans la série de malades que nous avons étudiés, l'achromie ou l'hyperchromie nous parurent plutôt déterminées par le siège de l'alopécie que par la durée de son évolution : les formes hyperchromiques paraissant répondre à l'ophiasis, les formes achromiques à la pelade vulgaire.

Mais le problème apparaît autrement complexe, si nous analysons concurremment la réaction du système histiocytaire ;

Dans les pelades expérimentales, celui-ci se montre hyperactif, et amplifié comparativement au tissu non modifié par l'irradiation ; il serait nécessaire de rechercher si cette intensification des fonctions est persistante ou temporaire, et, si, lorsque l'activité du système tropho-mélanique s'éteint, le tissu réticulo-endothélial intervient. Chez le lapin, cette activité tropho-mélanique s'épuise rapi-

dement, et le système histiocytaire s'hyperplasie très rapidement.

Quels que soient les résultats de ces expériences, qu'il est nécessaire de poursuivre, on peut conclure que le processus peladique s'accompagne d'une réaction intense des tissus tropho-mélanique et réticulo-endothélial. Indépendamment du rôle pigmentogène du tissu langerhansien, du rôle pexique et phagocytaire du tissu réticulo-endothélial, ces deux systèmes ont un rôle trophique et un rôle sécrétoire : sécrétions d'oxydase, d'hémolysines, d'antitoxines, de précipitine d'anticorps, reconnues par de nombreux auteurs. Si l'on envisage l'importance des ferments cutanés, (lipases, amylases et catalases) (Dejust), on voit que ces deux appareils, qui en somme représentent les reliquats du mésenchyme embryonnaire, récupéré et amplifié à l'état pathologique, jouent un rôlecomparable à celui des glandes à secrétion interne, complétant ou suppléant le rôle de ces glandes.

Le tégument ainsi envisagé deviendrait, sinon une véritable glande endocrine (A.-C. Guillaume), du moins une annexe du système endocrinien, qui par ses cellules ragiocrines (Renaud) assurerait le trophisme cutané, interviendrait dans le métabolisme et la régulation des échanges dermo-épidermiques, et, hyperplasié ou défaillant, assumerait un rôle de premier plan dans la génèse de l'alopécie peladique.

1. Sabouraud. — *Pelade et Alopécies en aires.* Masson, 1929, p. 177-178.
2. Cederbeg. — Die Alopecia Areata und ihre Ætiologie zugleich im beitrag zur ætiologischen Lösung des Vitiligoproblems. *Dermatologische Wochenschrift,* 1932, nº 16 ; page 539.
3. Sabouraud. — Sur le cheveu peladique. *Réunion dermatologique de Strasbourg,* 8 janvier 1922.

CORRÉLATION DE LA TUBERCULOSE LUPIQUE AVEC LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par MM.

Edouard BRUNER
Chef du service de Finsenthérapie
à l'Hôpital Saint-Lazare

et

Stanislas WASOWICZ
Médecin de l'Hôpital Saint-Esprit,
à Varsovie

En 1930 nous avons publié dans le n° 18 de la *Medycyna* (Varsovie) un travail intitulé : « Examen des poumons chez des malades atteints de lupus érythémateux, contribution à l'étude de l'étiologie de cette affection ». Nous nous étions alors proposés d'établir la fréquence de l'apparition des lésions tuberculeuses pulmonaires au cours du lupus érythémateux et de vérifier ainsi une des preuves indirectes de la spécificité tuberculeuse de cette affection. Il semblait pourtant que des résultats significatifs dussent être seulement attendus de recherches poursuivies en collaboration étroite par le phtisiologue et le dermatologiste. Afin d'utiliser plus aisément les chiffres de la statistique, on avait établi un schéma de 5 groupements principaux des malades : 1) absence de lésions pulmonaires ; 2) cas douteux ; 3) tuberculose pulmonaire cicatrisée ; 4) tuberculose pulmonaire en activité douteuse ; 5) tuberculose pulmonaire développée. L'avantage pratique de ce groupement a été d'ailleurs définitivement confirmé par des examens ultérieurs des poumons chez des érythémato-lupiques. Ce schéma a été également employé pour l'étude de la corrélation de la tuberculose cutanée avec la tuberculose pulmonaire. On a profité de même des nombreuses observations sur des lupiques, soignés ambulatoirement au service de Finsenthérapie de l'Hôpital Saint-Lazare et soumis à une longue observation. Evidemment tout centre de cure disposant d'un outillage approprié rassemble de nombreux lupiques

et joue le rôle d'un dispensaire, étant donnée la surveillance continuelle exercée à l'égard de ces malades. C'est cette activité de dispensaire qui soulève certaines questions, entre autres celle de la corrélation de la tuberculose cutanée avec la tuberculose pulmonaire qui est de haute importance scientifique et de portée sociale considérable.

Le présent rapport, qui est une introduction à une suite de travaux poursuivis dans cette direction, envisage une seule forme de tuberculose cutanée, la tuberculose lupique. Cette forme, la plus fréquente, est de haute valeur pratique. On a choisi à dessein un groupe de 120 lupiques (lupus de la peau et des muqueuses) parmi 700 malades soignés en traitement externe de 1923 à 1933. On s'est spécialement préoccupé des sujets soumis à une longue observation. La limitation des matériaux résulte des seules nécessités financières, conditionnées elles-mêmes par les frais élevés des radiographies.

Dans la littérature, on mentionne souvent des cas de processus tuberculeux pulmonaires survenant chez des lupiques. En 1884, Kaposi affirmait que la tuberculose pulmonaire s'associait très rarement au processus lupique. C'était une erreur. Suivant l'enseignement unanime des anciennes statistiques (française de Leloir, danoise de l'Institut de Finsen à Copenhague, allemande de Grouven) on trouvait cliniquement des lésions pulmonaires dans 30 o/o des cas de tuberculose cutanée. D'autres enquêtes présentaient des taux beaucoup plus considérables ou moindres. D'après Jadassohn, les oscillations numériques dépendraient entre autres facteurs d'une diversité d'appréciation des lésions apicales. Il semblerait que les résultats des recherches de différents auteurs deviendraient uniformes grâce à l'exploration radiologique de la cage thoracique. L'expérience a cependant prouvé qu'il n'en était rien. Voici quelques chiffres à titre d'exemple : 11,5 o/o (Peters et Brock, Allemagne, Kiel) ; 14,4 o/o (Van Vonno, Hollande) ; 20 o/o (Pelc, Tchécoslovaquie) ; 21,5 o/o (Martenstein, Allemagne, Breslau) ; 29,56 o/o (Bruusgaard, Norvège) ; 42 o/o (von Seutter, Autriche, Vienne) ; 75 o/o (Somogyi, Hongrie, Budapest) ; 78 o/o (Witkina et Maktakowa, Russie, Leningrad). On a essayé d'expliquer ces oscillations par la diversité des matériaux suivant la position géographique et les conditions locales variées. Pourtant d'autres fac-

teurs entreraient ici en jeu. C'est surtout par une étude approfondie de chaque statistique qu'on a trouvé une différence de méthode de travail chez chaque auteur. Quelques-uns d'entre eux s'en tenaient à l'examen radioscopique seul, d'autres, après un examen clinique assez sommaire, se basaient exclusivement sur les images radiologiques. De plus la collaboration du dermatologiste avec le phtisiologue et le radiologue semble avoir été souvent insuffisante. Sans doute l'appréciation stricte d'un grand nombre de cas est ardue, parfois impossible. Notre groupe II (34 cas douteux) en constitue la meilleure preuve. Nos observations personnelles sont présentées dans le tableau suivant :

		I	II			III			IV	V
	Sexe	Absence de lésions pulmonaires	Cas douteux: Cliniquement	Cas douteux: Radiologiquement	Cas douteux: Cliniquement et radiologiquement	Tubercul. pul. cicatrisée: Calcification du parenchyme pulmon.	Tubercul. pul. cicatrisée: Sclérose péri-bronchique	Tubercul. pul. cicatrisée: Adhérences pleurales	Tuberculose pulmonaire en activité douteuse	Tubercul. pulm. développée
A. Tuberculose lupique sans lésions des muqueuses (65 cas)	h	5	1	2	1	2	3	2	1	1 Koch +
	f	20	—	10	7	1	6	1	1	1 Koch —
B. Tuberculose lupique avec lésions des muqueuses. (55 cas)	h	1	2	3	—	—	2	1		
	f	8	1	4	3	14	7	4		5 Koch + 4 5 Koch — 1 (2 décès)
Total 120 cas		34	4	19	11	17	18	8	2	7
			34			43				

On peut tirer pourtant une suite de conclusions plus générales des chiffres arides d'un compte rendu. Surtout si l'on en compare les résultats avec les données bibliographiques.

On a séparé sur le tableau les cas de lupus sans lésions des muqueuses (catégorie A), de ceux qui étaient accompagnés de ces

lésions (catégorie B). Cette division est importante au point de vue pratique, car on constate une tuberculose cicatrisée dans 15 cas chez les malades de la catégorie A, la tuberculose développée dans 2 cas, tandis que dans la catégorie B les chiffres correspondants sont 28 et 5. Il y avait au contraire 25 malades sans lésions pulmonaires dans la catégorie A et 9 seulement dans la catégorie B. On tombe d'accord ici avec les résultats de Martenstein, qui découvrait plus souvent la coexistence de la tuberculose pulmonaire et de la tuberculose lupique accompagnée des lésions des muqueuses qu'en cas de localisation exclusivement cutanée. D'autres groupements, comme par exemple la distinction des cas à foyer morbide localisé seulement dans une région unique du corps d'avec les cas à foyers disséminés (Martenstein) n'ont guère présenté de différences accusées.

Dans le groupe I (34 cas) sont rangés les malades avec poumons intacts au point de vue clinique et radiologique. Pas de tuberculose dans les antécédents familiaux et personnels. Dans le groupe II (34 cas) ont été rangés les malades chez qui l'étiologie tuberculeuse n'a pu être établie ni par l'interrogatoire ni par l'examen clinique et radiologique. Chez 4 malades de ce groupe l'ensemble des données cliniques révélait la présence d'adhérences pleurales à étiologie obscure. Chez 19 malades les images radiologiques seules accusaient de petites calcifications hilaires, chez 11 sujets l'examen clinique et radiologique décelait des lésions insignifiantes et atypiques. Il aurait fallu sans aucun doute rechercher le terrain tuberculeux dans certains cas de ce groupe (20 environ). Le groupe III, le plus nombreux, comprenait les cas de tuberculose vraie cicatrisée. Cette association est le phénomène le plus fréquent au cours du lupus, comme dans la tuberculose oculaire ou la tuberculose des organes génito-urinaires. Groupe IV. Dans ces deux cas exceptionnels les signes pulmonaires cliniques et radiologiques étaient accusés mais on n'a pu décider s'il s'agissait de lésions évolutives ou d'un processus achevé. Le groupe V éveille naturellement un intérêt particulier. Il en ressort que dans 5,83 o/o seulement des cas de lupus apparaissent des lésions caractéristiques du processus ulcéro-évolutif. Dans 5 observations on a trouvé des bacilles de Koch dans les crachats. Deux cas se sont terminés par la mort. Il faut noter que Keller et Schilling constataient des lésions évolutives

dans 5,4 o/o des cas, von Seutter dans 5,5 o/o et Martenstein dans 5 o/o des cas. Cette concordance exceptionnelle des résultats des recherches en différents milieux, ferait croire qu'au point de vue clinique la tuberculose développée se rencontrait rarement chez les lupiques. On n'a pu d'ailleurs confirmer l'opinion de Martenstein soutenant que la durée du processus lupique serait ordinairement abrégée au cours des complications pulmonaires graves. Sur 10 cas de l'auteur de Breslau le lupus n'a guère duré plus de 5 ans dans 7 cas. Dans un de nos cas du groupe V les symptômes pulmonaires se manifestaient 20 ans après l'apparition des lésions lupiques cutanées. La tuberculose pulmonaire précédait en général la tuberculose dermatologique dans la plupart de nos observations. Il est difficile cependant d'établir strictement les débuts de l'affection pulmonaire, vu l'insuffisance de l'interrogatoire.

Il résulte de l'étude comparative de l'ensemble de ces données que la marche de la tuberculose pulmonaire présente ici le caractère plutôt bénin des lésions cicatricielles et fibreuses. Le fait est à noter que les tuberculeux pulmonaires sont rarement atteints de lésions tuberculeuses cutanées (sur 2.500 cas, par exemple, Bonney ne constatait que 2 cas de tuberculose cutanée, Witkina et Maktakowa en trouvaient 29 sur 17.000, Jordan diagnostiquait 6 cas sur 300 malades). Marfan soutenait déjà en 1886 que les lupiques guéris ne sont presque jamais atteints de processus tuberculeux du parenchyme pulmonaire.

Récemment, suivant la théorie d'ezophylaxie de E. Hoffmann ou de dermophylaxie de Woringer, on supposait que la peau des lupiques produisait en plus grande quantité des anticorps, luttant efficacement contre l'infection interne. De nombreux auteurs ne partagent pas cette opinion et n'admettent pas l'influence curative des foyers morbides de la tuberculose cutanée sur la marche de la tuberculose pulmonaire. Suivant les recherches de Keller et de Schilling la tuberculose pulmonaire n'apparaît pas plus rarement chez les lupiques que chez les autres sujets. Martenstein souligne même une plus grande fréquence des complications pulmonaires chez les lupiques à mesure que la durée des lésions cutanées est plus longue. Nous sommes personnellement d'avis qu'il ne faut pas généraliser ici des faits cliniques particuliers. Nous avons eu l'occasion d'observer une malade chez qui apparu une forme cavitaire

grave de la tuberculose pulmonaire quelques années après la guérison d'un lupus du nez. Le pronostic était fatal ; pourtant un séjour de 2 mois au sanatorium amena rapidement une guérison complète. Six ans se sont écoulés sans récidive depuis ce temps. Tout au contraire dans une autre observation il s'agissait d'une femme, portant sur la joue un foyer lupique résorbé, ici la tuberculose pulmonaire bénigne au début s'aggrava à la fin d'une grossesse et se termina par la mort.

Remarquons que certains faits cliniques ne devaient pas nous influencer. Il n'y a pas de motifs suffisants pour nous obliger de reconnaître comme une règle l'influence favorable de la tuberculose dermatologique sur l'évolution du processus pulmonaire.

Dans les milieux non dermatologiques on entend parfois l'opinion que la tuberculose cutanée est en relation peu marquée avec d'autres localisations du processus tuberculeux. C'est une erreur, car nos observations démontrent une relation évidente entre la tuberculose dermatologique et la tuberculose pulmonaire. Dans 60 o/o de nos observations on a décelé des lésions spécifiques pulmonaires. Ces données autorisent l'établissement de quelques indications dans le domaine de la lutte sociale contre la tuberculose cutanée. Il s'agit non seulement d'affections dermatologiques, mais surtout de sujets tuberculeux. C'est pourquoi un centre de cure des lupiques doit aussi assumer la tâche d'un dispensaire antilupique.

Les devoirs qui lui incomberaient sont : l'établissement précoce du diagnostic, le choix de la méthode et de la manière du traitement (ambulatoire ou hospitalier), l'examen du milieu des malades, l'éducation antituberculeuse et la tutelle médicale et sociale continue des lupiques ainsi que le contrôle de l'état de leur santé. Si le traitement ambulantoire dans un dispensaire antituberculeux est considéré comme une tâche secondaire dont on peut se dispenser, la conduite d'un traitement approprié dans un centre anti-lupique s'impose comme une tâche principale. L'un de nous (Bruner) a souvent démontré la nécessité de la création des dispensaires antilupiques liés aux grands centres de cure. La surveillance des lupiques s'exercerait plus facilement grâce à l'activité du dispensaire anti-lupique. Or la question se pose de savoir quel est le taux de décès par tuberculose pulmonaire chez ces malades. Les statistiques récentes anatomo-pathologiques (Forchhammer) ou cliniques

(Bruusgaard, Brandt, van Vonno et autres) sont encore insuffisantes tout en donnant des résultats divergents. On a pourtant l'impression que le taux des décès par tuberculose pulmonaire est bien moindre chez les lupiques que chez les malades atteints exclusivement de lésions pulmonaires.

Bibliographie

1. R. Bernhardt, E. Bruner, A. Racinowski. — *Tuberculose cutanée*, Poznan, 1932.
2. E. Bruner. — *Gazeta Lekarska*, nos 47-48, 1911 ; *Zdrowie*, 1919 ; *Polska Gazeta Lekarska*, no 11, 1922 ; *Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, no 9, 1925 ; *Congrès international de la Lumière*, Copenhague, 1932.
3. E. Bruner et S. Wasowicz. — *Medycyna*, no 18, 1930 et *Dermatologische Wochenschrift*, no 27, V. 93, 1931.
4. A. Memmesheimer. — *Congr. intern. de la Lumière*, Copenhague, 1932.
5. A. Rost, Ph. Keller, A. Marchionini. — *Diagnose u. Therapie der Hauttbc. in der Praxis*, 1930.
6. N. C. van Vonno. — *Annales de dermatologie*, no 5, 1931.
7. Volk. — *Die Tuberkulose der Haut*, 1930 (toute la bibliographie jusqu'en 1930).

LE COEFFICIENT DE MAILLARD DANS QUELQUES ACCIDENTS NOVARSENOBENZOLIQUES.

Par R. ZORN
(Travail de la Clinique dermatologique de la Faculté de Strasbourg
Prof. L.-M. Pautrier)

On sait que le novarsénobenzol peut donner lieu à différents accidents et incidents. Il faut séparer nettement les accidents toxiques (ictères, purpura) des autres phénomènes survenant au cours du traitement et qu'on dit de « sensibilisation » ou « allergiques ».

Nous ne nous sommes pas intéressés aux accidents toxiques, qui sont plutôt rares. Mais nous avons examiné un certain nombre de malades présentant des accidents de sensibilisation et nous avons pu trouver, chez ces malades, un trouble des fonctions hépatiques,

Dès avant la guerre, différents auteurs insistèrent sur le rôle du foie dans les érythèmes novarsénobenzoliques et ceci par analogie avec les ictères arsenicaux. Il est évident que très souvent le foie est touché, surtout dans les grandes érythrodermies où l'envahissement du tégument neutralise le plus grand nombre des fonctions cutanées.

Mais en dehors des grandes érythrodermies, le rôle du foie est peu connu.

Le premier auteur qui semble avoir attiré l'attention sur l'atteinte latente du foie paraît être Lewin. Dans toute une série de travaux, il examine une des fonctions du foie chez des malades soumis au traitement novarsénobenzolique. Cet auteur recherche la cholalurie chez tous ses malades recevant du novarsénobenzol et montre que dans environ 40 o/o des cas il existe une cholalurie passagère après l'injection, cholalurie plus ou moins importante et plus ou moins durable. Il dit d'ailleurs que ce trouble est un signal d'alarme qui doit faire surveiller les malades.

Il a encore dosé le fibrinogène sanguin et l'urobiline urinaire et, dans la même proportion, il retrouvera le trouble de la fonction hépatique.

Dans la communication n°10, Lewin ne trouve pas de cholalurie dans les érythrodermies novarsenicales.

Leulier, Gaté et Linard, ont recherché le coefficient de Maillard chez des malades soumis au traitement novarsénobenzolique. Dans 60 o/o des cas il y eut une augmentation de ce coefficient.

Nous avons cherché le coefficient de Maillard chez nos malades qui présentaient des lésions dues au novarsénobenzol. Nos malades avaient soit des érythrodermies plus ou moins graves, soit des érythèmes du neuvième jour, soit encore des poussées thermiques ou des vomissements après injection de novarsénobenzol.

Méthode. — Nous avons ainsi examiné 17 malades. Nous avons toujours recherché le coefficient de Maillard dans les urines totales des 24 heures. Bien entendu, nous nous étions assurés que les urines ne contenait rien de pathologique, ni albumine, ni glucose. Par ailleurs, nous avons fait des dosages d'urée sanguine assez fréquents qui nous ont donné des résultats sensiblement normaux. Nous pouvons donc avancer que les reins de nos malades fonctionnaient normalement.

Le coefficient de Maillard est représenté par l'expression :

$$\frac{\text{N uréifiable}}{\text{N uréifiable} + \text{N uréifié.}}$$

Pour exprimer ce coefficient de la façon la plus approchée nous avons dosé d'une part l'azote dégagé par l'hypobromite (après défécation au sous-acétate de plomb) et d'autre part nous avons déterminé « l'indice formol » de Ronchèse, calculé en azote. De sorte que ce coefficient devient :

$$\frac{\text{N dosé au formol (Ronchèse)} \times 100}{\text{N dosé à l'hypobromite (Yvon-Ronchèse).}}$$

Normalement, avec un régime moyen, ce rapport est de l'ordre de 6,58. Il oscille entre 6 et 7 environ.

Résultats :

A. *Erythrodermies.* — Nous avons recherché et suivi le coefficient de Maillard de 6 malades. Dans tous ces cas il était très augmenté :

Cas n° 1. — Lin... Georgette, s. 142.

Il s'agit d'une érythrodermie très grave survenue après un traitement peu intense (0,30, 0,45, 0,60, 2 fois 0,75). Le coefficient de Maillard montre :

6-1-1933	8,40
7-1- »	6,77
9-1- »	10,65
11-1- »	9,2
12-1- »	15,46
13-1- »	14,19
14-1- »	18,29
16-1- »	15,88
18-1- »	18,39
19-1- »	20,28
20-1- »	13,58
21-1- »	13,05
22-1- »	8,61
23-1- »	9,26
24-1- »	8,40
25-1- »	9,96
26-1- »	13,09
27-1- »	10,09
28-1- »	6,04
29-1- »	6,33
30-1- »	7,80
31-1- »	12,23
1-2- »	12,75
2-2- »	11,04
3-2- »	6,0
4-2- »	8,37
5-2- »	7,25
6-2- »	10,94
7-2- »	7,26

Il faut remarquer qu'après la guérison de l'érythrodermie, le coefficient de Maillard continue à présenter des oscillations beaucoup trop grandes. Il semble qu'on puisse songer à une labilité particulière de la cellule hépatique.

Cas n° 2. — Wo..., s. 140.

Il s'agit là encore d'une érythrodermie grave débutant environ 8 jours après la dernière injection de novarsénobenzol. Le malade a reçu en tout 7 grammes de 914.

15-6-1933	18,41
16-6- »	12,2
17-6- »	11,7
18-6- »	15,1
19-6- »	14,14
20-6- »	15,11
21-6- »	15,11
22-6- »	13,88
24-6- »	13,99
25-6- »	18,76
27-6- »	13,43
28-6- »	15,1
29-6- »	15,35
30-6- »	18,7
1-7- »	14,22
2-7- »	15,3
3-7- »	12,66
4-7- »	17,81
5-7- »	11,1
6-7- »	13,87
7-7- »	12,45
8-7- »	12,49

Pas guéri.

Cas n° 3. — Pil..., s. 142.

Il s'agit d'une femme de 45 ans qui présente une érythrodermie grave après une cure faite dans des conditions inconnues. La malade est entrée à l'hôpital en pleine érythrodermie ; l'affection s'améliore lentement. Là encore, le coefficient de Maillard est très instable après l'amélioration de l'affection.

10-1-1933	11,82
11-1- »	10,96
12-1- »	13,72
13-1- »	17,77
14-1- »	13,54
16-1- »	13,06
17-1- »	12,74
18-1- »	15,08
19-1- »	13,53

20-1- »	13,17
21-1- »	11,14
22-1- »	11,82
23-1- »	11,22
24-1- »	12,44
25-1- »	11,78
26-1- »	10,29
27-1- »	10,09
28-1- »	11,90
29-1- »	11,95
30-1- »	14,18
31-1- »	17,35
1-2- »	13,10
2-2- »	14,33
3-2- »	17,48
4-2- »	12,72
5-2- »	14,25
6-2- »	11,07
7-2- »	8,61
8-2- »	11,70
9-2- »	9,96
10-2- »	10,96

Cas n° 4. — Don..., s. 140.

Il s'agit d'une érythrodermie d'une faible intensité survenue après deux injections de 914 à 0,45 et 0,60. Il y a eu dans ce cas une certaine corrélation entre l'état clinique et le coefficient de Maillard. En tous les cas, le 31-7-1933 est nettement le jour le plus critique de toute l'évolution.

26-7-1933	11
27-7- »	9,35
28-7- »	10,4
29-7- »	10,3
30-7- »	13,7
31-7- »	17,2
1-8- »	7,47
2-8- »	8,25
3-8- »	9,37
4-8- »	9,13
5-8- »	9,41

Cas n° 5. — Wass., s. 140.

Il s'agit là d'une érythrodermie très grave, survenue chez un homme de 27 ans, au milieu d'un traitement après 2 gr. 50 de 914. Ce cas a

été particulièrement grave. Nous ne l'avons pas suivi pendant longtemps. Le 3-8-1933 on a remarqué un foyer pulmonaire à gauche et on a dû transférer le malade à la Clinique Médicale A le 6-8-1933 avec une broncho-pneumonie double.

26-7-1933	14,79
27-7- »	12,74
28-7- »	8,67
29-7- »	10,71
30-7- »	15,8
31-7- »	18,4
1-8- »	13,25
2-8- »	17,38
3-8- »	16
4-8- »	13,98
5-8- »	13,87

Cas n° 6. — Herr..., s. 142.

Il s'agit d'une érythrodermie grave survenue chez une femme après un traitement mixte d'environ 6 grammes de 914. Elle entre à l'hôpital en pleine évolution, avec un très mauvais état général, un œdème considérable, et par endroits de petites eschares punctiformes. Là encore, le coefficient de Maillard reste élevé après la guérison de l'érythrodermie qui eut lieu vers le 30-2-1933.

16-1-1933	17,6
17-1- »	19,54
18-1- »	22,31
19-1- »	12,20
20-1- »	10,42
21-1- »	14,28
22-1- »	10,56
23-1- »	22,50
24-1- »	10,76
25-1- »	10,92
26-1- »	13,06
27-1- »	10,38
28-1- »	11,63
29-1- »	12,39
30-1- »	10,90
31-1- »	10,89
1-2- »	11,49
2-2- »	12,53
3-2- »	10,82
4-2- »	11,4
5-2- »	14,35

6-2- »	10,41
7-2- »	11,69
8-2- »	8,46
9-2- »	9,06
10-2- »	9,28

B. *Erythèmes du neuvième jour.* — Nous avons 6 cas en tout ; dans ces cas, le coefficient de Maillard est souvent augmenté, mais il ne l'est pas autant que dans les érythrodermies et surtout le trouble hépatique est moins long.

Cas n° 1. — Scha..., s. 140.
Érythème du 9e jour après la première injection de 0,45 :

21-2-1933	6,18
22-2- »	6,97
23-2- »	7,98

Dans ce cas d'érythème très fugace, durant à peine 24 heures, le coefficient de Maillard est sensiblement normal.

Cas n° 2. — Laf...
Il s'agit d'un jeune soldat que nous avons pu examiner à l'Hôpital militaire Gaujot. Là encore, érythème fugace (48 heures) ; le coefficient de Maillard est un peu augmenté.

20-6-1933	10,17
21-6- »	11,81
22-6- »	10,35
23-6- »	9,55

Cas n° 3. — Bies..., s. 140.
Érythème du 9e jour typique. Le coefficient de Maillard monte au début, mais au bout de quelques jours il redevient normal.

18-12-1933	6,02
19-12- »	10,08
20-12- »	9,09
21-12- »	7,99
22-12- »	5,27
23-12- »	5,79
24-12- »	5,22
27-12- »	6,29
28-12- »	4,58
30-12- »	5,05
31-12- »	5,91

1- 1-1934	6,07
2- 1- »	7,12
3- 1- »	6,67

Cas n° 4. — Ko..., s. 140.

Il s'agit d'un érythème du 9e jour que nous ne voyons que le surlendemain du début de l'éruption. Le coefficient de Maillard revient à la normale très rapidement, pour rester ensuite un peu au-dessous.

1-12-1933	9,63
5-12- »	6,31
6-12- »	7,02
7-12- »	7,34
8-12- »	8,16
9-12- »	5,52
10-12- »	4,59
11-12- »	4,55
12-12- »	4,97
13-12- »	4,70
14-12- »	5,51
15-12- »	5,01
16-12- »	5,88

Cas n° 5. — Ro..., s. 148.

Il s'agit d'une prostituée présentant un érythème du 9e jour. Le coefficient de Maillard est élevé.

4-5-1933	10,64
5-5- »	11,62
6-5- »	13,90
8-5- »	6,43

Nous faisons alors une injection de 0,60 de 914.

9-5-1933	19,50
10-5- »	8,26
11-5- »	10,67
12-5- »	14,25
13-5- »	11,3
14-5- »	7,72

Nouvelle injection de 0,60.

15-5-1933	12,05
16-5- »	9,9
17-5- »	8,84
18-5- »	7,60
19-5- »	7,78

Après chaque injection, le coefficient de Maillard monte pour redescendre lentement. L'éruption n'a pas eu lieu après les injections ultérieures.

Cas n° 6. — Cor..., s. 140.
Il s'agit d'un homme qui présente un érythème du 9e jour.

9-1-1933	....	8,27
10-1- »	(avant hyposulfite)...........	14,19
10-1- »	(après 2 gr. d'hyposulfite i.-v.)..	5,72
11-1- »	....	4,45
12-1- »	....	4,96

Dans ce cas, on peut suivre l'action de l'hyposulfite.
En résumé, dans les érythèmes du 9e jour, le coefficient de Maillard peut être augmenté. Mais dans la majorité des cas, il diminue rapidement et redevient normal, ou même reste pendant quelques jours subnormal.

C. *Incidents divers.* — Nous avons 5 observations de malades qui, après les injections de 914 présentaient soit de la température, soit des vomissements.

Cas n° 1. — Stof..., s. 140.
Poussée de température après 0,75 de 914.

17-1-1934	....	9,55
18-1- »	....	6,19
19-1- »	....	7,34

Tout redevient normal.

Cas n° 2. — Bal..., s. 140.
Il s'agit d'un jeune homme qui présentait tout d'abord une éruption rouge très discrète sur les flancs. Il avait mal supporté le novarsénobenzol avec des vomissements après chaque injection.

6-4-1933	....	19,8
7-4- »	....	11,4
8-4- »	....	21,7
10-4- »	....	15
11-4- »	....	24,4
13-4- »	....	20,7
15-4- »	....	9,95

Le 15, injection de 0,75.

16-4-1933	....	10,2
17-4- »	....	8,05

18-4-1933	8,26
19-4- »	8,97
20-4- »	6,35

Le 21, injection de 0,75.

22-4-1933	14,08
23-4- »	14,4
24-4- »	10,72
25-4- »	14,23
27-4- »	9,51

Nouvelle injection de 0,75.

28-4-1933	15,45
29-4- »	7,34
30-4- »	8,48
1-5- »	6,51
2-5- »	4,44
3-5- »	6,25
4-5- »	6,86
5-5- »	6,30

Nouvelle injection de 0,75.

6-5-1933	5,24
7-5- »	6,76
8-5- »	5,69

Voilà donc un malade qui présente un coefficient de Maillard très augmenté avec une petite éruption qu'il est impossible de faire rentrer dans un cadre. Cette éruption guérit rapidement. Ensuite, le malade répond à chaque injection de 914 par de la température ou des vomissements. Le coefficient de Maillard monte tout d'abord après l'injection pour rester normal par la suite. D'ailleurs, les vomissements cessent eux aussi.

Cas n° 3. — Daum...

Il s'agit d'un jeune soldat qui fait une poussée de fièvre après chaque injection de 914. Nous l'avons pris au lendemain d'une injection.

13-6-1933	8,9
14-6- »	6,02

Nouvelle injection de 0,75.

15-6-1933	17,67
16-6- »	13,1
17-6- »	14
19-6- »	7,72

Nouvelle injection de 0,75 : poussée de température à 38°5.
Coefficient de Maillard le 20-6-1933 : 11,4.
Ce malade a présenté un coefficient de Maillard très instable et le trouble de la fonction hépatique dure plusieurs jours.

Cas n° 4. — Stoeb..., s. 140.
Jeune homme de 17 ans qui fait une poussée de fièvre après chaque injection de 914.

15-6-1933	7,16	+ 0,6 de 914
17-6- »	8,66	
18-6- »	8,03	
19-6- »	7,38	
20-6- »	7,31	
21-6- »	6,09	
22-6- »	7,2	+ 0,75 de 914
23-6- »	9,92	

Il y a là un coefficient de Maillard un peu augmenté.

Cas n° 5. — Mul..., s. 142.
Il s'agit d'une malade réagissant à chaque injection par de la température et des vomissements :

18-12-1933	5,94
19-12- »	5,57
20-12- »	4,39
21-12- »	4,11
22-12- »	6,63
23-12- »	6,23

Chez cette malade, le coefficient de Maillard est sensiblement normal.
Dans ces cas d'intolérance, le coefficient de Maillard est souvent normal.

En résumé, dans les *érythrodermies* arsenicales, le coefficient de Maillard est augmenté dans tous les cas. Le chiffre normal est largement dépassé. Pourtant il ne semble pas y avoir parallélisme entre le coefficient de Maillard et la gravité de l'affection.

Dans les *érythrodermies du neuvième jour*, le coefficient de Maillard est souvent augmenté. Mais l'augmentation est passagère et le trouble hépatique ne dure pas longtemps.

Dans les *incidents divers*, le coefficient de Maillard est passagèrement au-dessus de la normale, mais tout rentre dans l'ordre rapidement.

Comment interpréter ces phénomènes ?

Sans aucun doute, le coefficient de Maillard augmenté montre une atteinte de la cellule hépatique. Ce n'est que le trouble uréogénique que nous saisissons par là. On peut le mettre en évidence très facilement. Mais les autres fonctions hépatiques sont sûrement troublées, elles aussi. Lewin a pu montrer la déficience de la fonction chromogène.

Dans les érythrodermies, on peut objecter que le trouble du foie n'est que secondaire. Il est évident que dans une grande érythrodermie, quand tout le tégument est pris et qu'un grand nombre de fonctions cutanées sont ainsi abolies, le foie peut être touché secondairement et la cellule hépatique est altérée, par hyperfonctionnement forcé. Mais on ne peut pas invoquer cette hypothèse dans les érythèmes du neuvième jour, dans les incidents divers fugaces et légers. Dans ces cas, il faut bien admettre une lésion première de la cellule hépatique. Lésion arsenicale ? L'immense majorité de nos malades sont des hommes jeunes, n'ayant pas quitté nos régions, sans paludisme, sans éthylisme. Aucun de nos malades n'a jamais présenté d'ictère avant son entrée à l'hôpital. Il faut donc bien admettre cette étiologie arsenicale. Nous pouvons alors penser que ces malades ont un foie sensible pour diverses raisons et que l'apport d'arsenic a suffi à déclencher une déficience brutale de la cellule hépatique. La cellule lésée joue par conséquent le rôle primordial dans toutes ces lésions.

Dans les derniers temps, on fait de plus en plus appel à la notion de « sensibilisation ». Les intradermo-réactions au novarsénobenzol sont positives chez les malades présentant des érythrodermies. Cela semble pour nous pouvoir se concilier avec la lésion de la cellule hépatique. En effet, en recherchant le coefficient de Maillard, nous ne voyons qu'un petit côté de la question. Nous constatons un trouble de la fonction uréogénique du foie. Mais les fonctions hépatiques sont multiples, diverses, et il est permis de penser qu'il n'y a pas qu'une seule fonction de touchée. La fonction anti-toxique, de notion classique, doit-elle aussi être troublée et le coefficient de Maillard n'est alors qu'un indice d'un trouble plus profond de la cellule hépatique. Nous nous croyons autorisés à penser que la « sensibilisation », notion encore très obscure, peut avoir un substratum anatomique précis et peut-être se traduire par un trou-

ble organique décelable par la biochimie. Dans un autre ordre de phénomènes, nous voyons par exemple dans l'asthme, le prurigo, maladies de sensibilisation par excellence, apparaître dans les urines, la « substance P » d'Oriel à laquelle les malades sont sensibles par voie intradermique. Là encore, la sensibilisation se traduit par un phénomène organique.

Des recherches ultérieures devront encore fixer cette manière de voir.

Résumé

Nous avons recherché le coefficient de Maillard dans diverses lésions dues au novarsénobenzol.

Dans les *érythrodermies* le coefficient de Maillard est toujours augmenté fortement.

Dans les *érythèmes du neuvième jour*, l'augmentation du coefficient de Maillard est passagère et fugace.

Dans les *incidents divers* (vomissements, température), le coefficient de Maillard est augmenté passagèrement.

Nous essayons d'expliquer ce phénomène par un trouble de la cellule hépatique, portant sur toutes les fonctions du foie et en particulier sur la fonction anti-toxique.

Bibliographie

Lewin. — *Arch. f. Dermat.*, **153**, 1927, 200.
Lewin. — *Arch. f. Dermat.*, **153**, 1927, 209.
Lewin. — *Arch. f. Dermat.*, **153**, 1927, 492.
Lewin. — *Arch. f. Dermat.*, **157**, 1929, 578
Lewin. — *Arch. f. Dermat.*, **157**, 1929, 583.
Lewin. — *Arch. f. Dermat* , **158**, 1929, 68.
Lewin. — *Arch. f. Dermat.*, **158**, 1929, 421.
Lewin. — *Arch. f. Dermat* , **159**, 1930, 77.
Lewin. — *Arch. f. Dermat.*, **159**, 1930, 73.
Lewin. — *Arch. Dermat.*, **166**, 1932, 711.
Lewin. — *Arch. Dermat.*, **166**, 1932, 716.
Leulier, Gaté et Linard. — *C. R. Soc. Biol.*, **104**, 1930, 1009.
Gaté, Michel, Charpenel. — *C. R. Soc. Biol.*, **112**, 1933, 181.

L'INTRADERMO-RÉACTION DANS L'ACTINOMYCOSE

Par M. ADANT et P. SPEHL
(Fondation Reine Elisabeth, Hôpital Brugmann. Bruxelles).

Dans les cas de localisation viscérale des mycoses, il est parfois très malaisé de mettre le parasite en évidence, et de ce fait il est souvent difficile de poser un diagnostic précoce. C'est ce qui explique que de nombreux travaux ont été publiés au sujet des méthodes indirectes de diagnostic des mycoses.

Ces méthodes indirectes sont basées d'une part, sur la recherche d'anticorps spécifiques dans le sérum des malades atteints de mycoses, au moyen de la réaction de déviation du complément ou au moyen de réactions d'agglutination, et d'autre part sur l'état d'allergie que présentent ces mêmes malades, état qui se traduit par l'apparition de phénomènes réactionnels caractéristiques quand on leur injecte dans le derme un extrait de culture du champignon en cause ou quand on leur en enduit des scarifications superficielles.

En ce qui concerne l'actinomycose, Widal a montré que le sérum des malades atteints de cette affection renferme des agglutinines et des substances sensibilisatrices correspondant à l'*actinomyces*, et que les réactions d'agglutination et de déviation du complément pouvaient être utilisées pour établir le diagnostic. Mais, tout comme pour les autres mycoses, ces réactions ne sont pas spécifiques de l'*actinomyces*. En effet, ces séro-réactions peuvent être positives quand il s'agit de malades atteints de sporotrichose ou même de muguet (Urbain, 1927). Entre le degré de positivité des réactions spécifiques et celui des réactions non spécifiques, il n'y a que des différences quelquefois très minimes. Aussi ces réactions ne se sont-elles guère imposées dans la pratique en ce qui concerne l'actinomycose tout au moins.

Quant aux méthodes basées sur l'état d'allergie dans lequel se trouvent les porteurs de mycoses, intradermo ou cuti-réactions, si elles ont fait l'objet de nombreuses recherches dans le domaine des teignes par exemple (Plato et Neisser, Bloch et Massini, et d'autres), ou de la sporotrichose (De Beurmann et Gougerot), elles n'ont guère été étudiées dans l'actinomycose. De Area Leao (1928) a cependant insisté sur la valeur de l'intradermo-réaction pour l'établissement du diagnostic de l'actinomycose. En effet, en injectant dans le derme de deux malades atteints de cette affection un filtrat d'une vieille culture d'*actinomyces bovis*, cet auteur a constaté qu'il se produit à l'endroit de l'injection une réaction caractérisée par de la rougeur, de la douleur et du gonflement, tandis que le malade présente une poussée fébrile. Cette réaction est à son maximum après 24 heures et disparaît en 2 à 3 jours. D'après l'auteur cité, la réaction est spécifique puisqu'une semblable injection effectuée chez des sujets normaux ne donne aucun résultat.

Ayant eu l'occasion d'observer deux cas d'actinomycose pleuro-pulmonaire, nous avons procédé à quelques essais au sujet de la valeur de l'intradermo-réaction dans l'actinomycose.

Chez l'un de ces malades nous avons isolé l'*actinomyces bovis* et chez l'autre l'*actinomyces Israeli*. Ce sont de vieilles cultures en bouillon gélosé lactosé ou glucosé de notre souche d'*actinomyces bovis* qui nous ont permis de préparer les extraits utilisés pour les intradermo-réactions. Ces vieilles cultures ont été centrifugées, et le liquide clarifié a été filtré sur bougie ; nous l'avons employé pour les intradermo-réactions dilué à 1/10e, aux doses de 0,1 à 0,3 cc. Quant au culot de centrifugation de nos cultures, constitué par les champignons développés dans le milieu, nous l'avons lavé puis broyé et mis en suspension dans l'eau physiologique. Après stérilisation par chauffage, cet extrait a été lui aussi utilisé dans nos essais d'intradermo-réaction. Disons dès maintenant que nous n'avons vu aucune différence notable dans le comportement de ces deux extraits, ce qui nous permettra de ne pas devoir les distinguer l'un de l'autre dans l'exposé des résultats obtenus.

En effectuant des intradermo-réactions au moyen de nos extraits de culture d'*actinomyces bovis*, tant chez le malade qui nous avait

permis d'identifier cette souche que chez le malade chez qui nous avions identifié l'*actinomyces Israeli*, nous avons constaté l'apparition d'une réaction des plus nettes à l'endroit de l'injection, et une poussée fébrile. Localement, la réaction qui se manifeste une dizaine d'heures après l'inoculation se traduit par de l'érythème, de l'induration et de la douleur. La zone infiltrée a un diamètre d'environ 2 à 3 centimètre. Les symptômes rétrocèdent peu à peu et disparaissent en 4 à 5 jours. Des expériences contrôles effectuées au moyen du même milieu non ensemencé n'ont donné aucune réaction chez les deux malades.

Aux doses utilisées de nos extraits, la réaction est des plus nettes chez les actinomycosiques comme nous venons de le dire. Au contraire chez 6 personnes normales et chez 4 tuberculeux pulmonaires avérés, tous apparemment indemnes de mycose, la réaction resta complètement négative.

Par contre en effectuant chez trois porteurs de trichophytie des intradermo-réactions avec nos extraits d'*actinomyces*, nous avons obtenu une réaction locale absolument comparable à celle qui avait été observée chez les actinomycosiques, et cela en utilisant des doses identiques d'une même dilution de nos extraits. Inversement nous avons effectué chez les deux porteurs d'actinomycose des intradermo-réactions au moyen de trichophytine. Nous avons pu constater que la dose minima de trichophytine capable de provoquer une intradermo-réaction nettement positive chez des trichophytiques donnait une réaction absolument comparable chez les actinomycosiques qui étaient cependant apparemment tout à fait indemnes de lésions dues au trichophyton. Ajoutons que des intradermo-réactions effectuées chez des personnes normales avec les mêmes doses de trichophytine donnaient un résultat entièrement négatif. D'autres auteurs avaient déjà constaté que la spécificité de la réaction à la trichophytine n'était pas absolue. En effet, si elle est le plus souvent négative chez les sujets sains, elle peut être positive dans un pourcentage élevé de cas de maladies n'ayant rien à voir avec la trichophytie, la tuberculose par exemple (cf. Urbain et De Potter, 1926).

Il résulte donc de nos recherches que les intradermo-réactions effectuées au moyen d'extraits de culture d'*actinomyces bovis* ont été trouvées positives dans deux cas d'actinomycose pleuro-

pulmonaire, en confirmation des résultats de De Area Leao. Le même extrait n'a donné aucune réaction chez 6 personnes saines et chez 4 tuberculeux pulmonaires. Par contre des porteurs de trichophytie ont donné, pour les mêmes doses des mêmes extraits, des réactions en tous points comparables à celles des actinomycosiques. Ces derniers réagissent aussi bien à la trichophytine qu'aux extraits de culture d'*actinomyces*.

En conclusion nous pouvons donc dire que l'intradermo-réaction aux extraits de culture d'*actinomyces bovis* ne jouit pas d'une spécificité plus grande que les séro-réactions. Ces intradermo-réactions peuvent cependant être d'une certaine utilité quand il s'agit d'étayer un diagnostic de localisation interne d'une mycose, mais elles ne peuvent servir à préciser la variété de l'agent infectant en cause.

Biliographie

De Area Leao. — *C. R. Soc. Biol.*, 1929, **98**, p. 1575.
Urbain et de Potter. — *C. R. Soc. Biol.*, 1926, **95**, p. 1911.
Urbain. — *La réaction de fixation appliquée au diagnostic de certaines maladies microbiennes communes à l'homme et aux animaux.* Paris, 1927.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en janvier 1935.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Centralisation de la surveillance sanitaire de la prostitution, par J. Benech et A. Clichet. *Annales des maladies vénériennes*, année **30**, n° 1, janvier 1935, p. 6.

L'organisation du dispensaire de salubrité publique de Nancy est remarquable. Ses médecins ont pu obtenir de la municipalité des arrêtés sur la prophylaxie des maladies vénériennes, prévoyant une inscription sanitaire qui permet de contrôler un certain nombre de femmes sans que celles-ci soient inscrites sur le registre de la police des mœurs et cela en dehors des heures des visites régulières des femmes inscrites. Cependant il est une catégorie de femmes prostituées automatiquement inscrites sur le registre de la police des mœurs qui constituent une population essentiellement flottante, séjournant peu de temps dans chaque ville. Pour cette catégorie il serait utile qu'un résumé du dossier soit envoyé au Ministre de la Santé publique. Cette centralisation permettrait une surveillance complète de toutes les prostituées circulant sur le territoire et réduirait au minimum les dangers de contamination.

H. Rabeau.

Syphilis de superinfection déformée par une ancienne syphilis et une cure bismuthique en cours. Chancre de type tertiaire, etc., par H. Gougerot et G. Boudin. *Annales des maladies vénériennes*, année **30**, n° 1, janvier 1935, p. 15, 4 fig.

Un homme de 31 ans ayant contracté la syphilis en 1931 est traité régulièrement par mercure et bismuth. Nouvelle syphilis en mars 1933, très déformée par l'ancienne : deux accidents primitifs de la lèvre et de la bouche de type tertiaire hypertrophique infiltré gommeux, mais dans lesquels on découvre cependant de nombreux tréponèmes. Pas d'adénopathie satellite. La durée de l'incubation n'a pu être précisée; éruption secondaire de type psoriasiforme. Le B.-W. 4 mois après l'apparition du

chancre n'est pas complètement positif, il est dissocié. Il deviendra positif après les premières injections de 914. Les réactions du traitement sont anormales. Les deux chancres de superinfection sont apparus au cours du traitement bismuthique. L'oxyde jaune de mercure appliqué localement en pommade sur les chancres les a exagérés. L'arsenic (sulfarsénol) a été bien toléré et efficace. H. Rabeau.

Agranulocytose, par M. Pinard et Ch. Debray. *Annales des maladies vénériennes*, année **30**, n° 1, janvier 1935, p. 20.

Intéressante observation d'une malade de 45 ans atteinte de rhumatisme chronique d'origine inconnue, sans lésion organique première et accompagné d'un amaigrissement important. Cette malade sans antécédents spécifiques, a été remarquablement améliorée il y a 4 ans par un traitement de sulfarsénol. Un nouveau traitement par le même médicament est entrepris à doses normales et prudentes. L'amélioration du rhumatisme est remarquable; l'état général semble meilleur, augmentation du poids, sensation de reprise de forces. Immédiatement apparaissent des signes de syndrome agranulocytaire; malgré radiothérapie, transfusion, etc.., la malade meurt en dix jours.

H. Rabeau.

Thrombo-lymphangite de la verge d'origine lymphogranulomateuse, par W. E. Coutts. *Annales des maladies vénériennes*, année **30**, n° 1, janvier 1935, p. 26, 2 fig.

2 observations : dans la première la thrombo-lymphangite du dos du pénis s'est manifestée après l'apparition de l'adénite, lymphangite rétrograde consécutive à l'adénite bilatérale; dans la seconde lésion lymphatique postérieure à l'adénite, à la suite de chancre de très longue durée. H. Rabeau.

Pour le dépistage des porteuses de germes, par Carle. *Annales des maladie vénériennes*, année **30**, n° 1, janvier 1935.

C. rappelle ce qu'il écrivait en 1931 : « Si vous voulez dépister les porteuses de germes vénériens c'est surtout par leurs victimes que vous y arriverez en recherchant l'origine des contaminations. » Pour cela la collaboration de tous est nécessaire, le service social rend de grands services, mais il doit être secondé par tous les médecins qui doivent transmettre aucentre les origines des contaminations qu'ils ont pu dépister.

H. Rabeau.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Mécanisme de l'action préventive exercée par le bismuth dans la syphilis expérimentale, par C. Levaditi, G. Hornus, A. Vaisman et Mlle Y. Manin. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année 98, t. **112**, n° 33, pp. 306-307.

Les auteurs ont repris et contrôlé les expériences de Kolle qui, après ablation chirurgicale d'un dépôt de bismuth métallique injecté dans les muscles du lapin, a vu tardivement reparaître un chancre au point

d'inoculation initiale, alors que l'animal semblait indemne de toute tréponémose apparente.

Ce résultat est dû d'une part à l'insuffisance de la dose de Bi injectée, d'autre part à son état de composé insoluble, qui ne lui permet pas d'amener l'organisme à un degré de saturation suffisant. L'emploi de Bi liposoluble évite tous ces inconvénients et assure une prévention réelle et définitive des animaux traités, ainsi que l'établissent les expériences dont les auteurs rapportent le protocole détaillé.

A. Bocage.

La réaction de Bordet-Wassermann et la réaction de fixation pour la tuberculose dans le sérum débarrassé des globulines précipitables par l'acide chlorhydrique N/300, par Ch. Auguste. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* année 98, série 3, tome **112**, nº 34, 30 octobre 1934, pp. 510 513.

Le sérum préalablement chauffé à 56° pendant 30 minutes est additionné de 9 volumes d'HCl à N/300 et abandonné 3 heures à la température du laboratoire. Après centrifugation le liquide décanté reçoit le dixième de son volume d'une solution à 40 centimètres cubes de soude à N/30 et 8 g. 9 de chlorure de sodium pour 100 centimètres cubes. On obtient ainsi un liquide neutre moins anticomplémentaire que le sérum. On en emploie 3 cc. 3 pour le B.-W. Négative chez les sujets normaux la réaction est chez les syphilitiques presque deux fois plus souvent positive que le B.-W. classique. Des avantages analogues sont constatés pour la réaction avec l'antigène de Besredka (tuberculose).

A. Bocage.

Sur le traitement du zona par le vaccin antistaphilococcique, par J. Camescasse. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* année 98, série 3, t. **112**, nº 36, 13 novembre 1934, pp. 587-589.

L'auteur conseille de faire aussi tôt que possible et au voisinage immédiat de la lésion cutanée une injection d'au moins 1/2 centimètre cube de vaccin antistaphylococcique de l'Institut Pasteur, puis 1 centimètre cube 48 heures après et au besoin 1 cc. 1/2 ensuite.

Le traitement est remarquablement actif contre la dermite du zona ; il l'est moins contre les algies si le traitement n'est pas appliqué dès les premiers jours.

A. Bocage.

Les espèces chaulmoogriques et en particulier le Krabao indochinois pour le traitement de la lèpre, par Em. Perrot. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* année 98, série 3, t. **112**, nº 37, 20 novembre 1934, pp. 602-605.

Note technique indiquant les plantes dont il importera d'étudier les extraits.

A. Bocage.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Erythème polymorphe et tuberculides papulo-nécrotiques concomitant à une tuberculose pleurale et évolutive, par G. Caussade, A. Lévy-Franckel et J. Pètre. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, série 3, année **51**, n° 2, 28 janvier 1935, p. 81.

Deux observations en faveur de l'étiologie tuberculeuse de l'érythème polymorphe. Dans la première au cours d'une tuberculose pulmonaire évolutive, poussées éruptives d'abord de type érythème noueux, puis polymorphes souvent éruption vériculeuse et ulcéreuse, à certaines périodes tuberculides papulo-nécrotiques, érythème *pernio*. Dans la seconde au cours de la convalescence d'un érythème noueux qui semblait banal, des signes thermiques, radioscopiques et cutanés survinrent, qui sont susceptibles de faire admettre la tuberculose. H. Rabeau.

Un cas de glossite papuleuse (papulo-exulcéreuse) aiguë, par P. Chevallier, A. Schœngrunn et R. Moline. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, série 3, année **51**, n° 2, 28 janvier 1935, p. 87.

Cette affection décrit par décrite par Michelson est très rare. Les auteurs en ont observé un cas qu'ils rapportent : l'évolution de ces papules du dos de la langue, souvent accompagnées de stomatite légère dure en général 2 à 3 semaines. Il y avait chez leur malade des éléments avortés, nets sur le voile du palais. H. Rabeau.

Complications viscérales de la chimiothérapie. Importance de la dermatologie pour leur interprétation, par A. Tzanck. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, série 3, année **51**, n° 2, 28 janvier 1935, p. 107.

Les complications de la chimiothérapie possèdent les mêmes significations qu'elles se manifestent sur les viscères ou sur le revêtement cutané. La visibilité des lésions cutanées facilite l'interprétation des accidents. Mais il existe aussi des signes indirects qui tiennent aux circonstances dans lesquelles le traitement est appliqué, aux doses utilisées. à la date d'apparition de l'accident, à son évolution, aux autres complications, au retentissement humoral, au résultat des recherches bactériologiques, à la biopsie, à l'effet du traitement. Ils constituent autant de critères biologiques indépendants de la manifestation objective elle-même Ils permettent de porter le diagnostic pathologique indépendamment du tableau clinique de l'accident. Les signes deviennent précieux pour l'interprétation des manifestations viscérales de la chimiothérapie qui peuvent revêtir le même tableau clinique, quelle que soit la nature infectieuse, réactionnelle ou toxique de l'accident. Ces critères biologiques ne sont autres que la traduction objective de cet « air de famille » que tous les auteurs reconnaissent entre certaines manifestations viscérales et les réactions cutanées de la chimiothérapie. H. Rabeau.

Hépatites syphilitiques et hépatites médicamenteuses, par A. Tzanck, A. Bensaude et M. Cachin. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, série 3, année **51**, 28 janvier 1935, p. 108.

Etudiant les cas d'ictère survenus à l'hôpital Broca durant ces 20 dernières années les auteurs ont été frappés par trois faits principaux :

1° Le grand nombre de ces ictères, du reste fort variable, suivant les années et semblant en décroissance actuellement ;

2° Les appellations sous lesquelles ils étaient suivant les années rangés ;

3° L'absence de récidive de ces ictères, que le traitement ait été poursuivi ou non.

Se basant sur les nombreux cas, ceux recueillis dans la littérature et leurs observations personnelles, les auteurs essaient une discrimination parmi les divers types d'ictère de la syphilis précoce.

Les ictères apparus avant toute médication (37 observations) sont constamment bénins et ont une évolution en tous points comparable aux manifestations cutanées de la syphilis. Les ictères apparus après un traitement si minime soit-il, sont beaucoup plus nombreux, c'est parmi eux qu'on trouve les cas mortels.

Les auteurs comparent à cette occasion les néphrites et les ictères de la syphilis précoce. Les accidents préthérapeutiques sont en tous points comparables. Des différences profondes au contraire existent entre les néphrites et les ictères post-thérapeutiques. Ces derniers permettent comme l'a montré Milian la continuation du traitement. Les auteurs se proposent d'étudier en détail d'une part les analogies entre les néphrites et hépatites syphilitiques et d'autre part les différences entre les hépatites et les néphrites médicamenteuses. H. Rabeau.

Comptes rendus de la Société de Biologie (Paris).

Vaccinothérapie spécifique dans la lymphogranulomatose inguinale bénigne et ses complications (virus de Nicolas-Favre), par C. Ionesco Mihaiesti, S. Longhin et H. Wisner. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. **117**, n° 29, 5 juillet 1934, pp. 292-294.

Le vaccin est une émulsion au dixième d'organes de singes inoculés à la fois par voie cérébrale et péritonéale, émulsion tyndallisée et éprouvée par réaction de Frei. Les inoculations sont faites tous les deux jours en général à la dose de 1 cm^3 5. Peu ou pas de réaction générale ; souvent réaction focale avec exagération de la suppuration des ganglions malades. Guérison en 10 à 20 injections sans aucun autre traitement sur un total de 180 malades atteints d'adénopathies. Quatre cas de rectites ont donné une guérison et un échec complet. A. Bocage.

Modification du nombre des plaquettes dans le sang sous l'influence de la néoarsphénamine et de la sulfarsphénamine, par E. Zunz et O. Vesselwsky. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. **117**, n° 31, 20 septembre 1934, pp. 476-479, 2 fig., 1 tableau.

Les doses anticoagulantes de novar et de sulfar semblent entraîner chez le lapin des modifications du nombre des plaquettes dans le sang circulant, analogues à celles obtenues sous l'influence d'autres composés organiques à poids moléculaires considérables qui entravent ou empêchent la coagulation sanguine.

Leur nombre s'abaisse de 25 à 30 o/o pour des doses de 200 milligrammes par kilogramme.

Modifications des protéines du sérum dans la paralysie générale et leurs rapports avec les réactions sérologiques, par A. Prunell et J. Galmes. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. **117**, n° 31, 20 septembre 1934, pp. 551-552.

L'augmentation des globulines et surtout de leur proportion par rapport à celle de la sérine diminue l'intensité de la réaction de Wassermann ou la négative. A. Bocage.

Répercussion de l'hyperglobulinémie sur les réactions de Wassermann et de Kahn, par A. Prunell. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. **117**, n° 31, 20 septembre 1934, pp. 552-554.

La formation du précipité dans la réaction de Kahn est indépendante quantitativement de la globuline. Le précipité centrifugé ne contient pas d'azote.

Le sérum de paralytiques généraux à Bordet-Wassermann négatif et globulines augmentées (5,50 à 6,50 o/o) a non seulement perdu son pouvoir potentiel spécifique, mais encore acquis un pouvoir lysant accentué et supérieur au pouvoir lysant naturel du sérum normal. A. Bocage.

Journal d'Urologie (Paris).

Syphilis héréditaire tardive des reins, par B. Valverde. *Journal d'Urologie*, t. **39**, n° 1, janvier 1935, p 36.

A propos de quatre observations qu'il publie, V. fait une courte revue générale sur la syphilis héréditaire tardive des reins, affection rare et mal étudiée. Il faut cependant y penser toutes les fois que le malade accuse de l'hématurie de cause douteuse. Dans ce diagnostic la réactivation positive de la réaction de Bordet-Wassermann, le résultat du traitement antisyphilitique joint aux symptômes généraux de l'hérédo-syphilis sont des éléments de valeur décisive. Cette hématurie de la syphilis héréditaire tardive des reins résiste au traitement et augmente d'intensité au début de la thérapeutique, ce dont il faut être averti. H. Rabeau.

Paris Médical.

Perversité, syphilis, responsabilité, par R. Benon. *Paris Médical*, année **84**, n° 46, 17 novembre 1934, pp. 407-408.

La perversité (paresse, débauche, mensonge utilitaire...) peut être accompagnée de syphilis. Il est curieux de noter la rareté de la paralysie générale chez les pervers syphilitiques de même que l'absence de *deli-*

rium tremens chez les pervers alcooliques. L'existence de la syphilis chez un pervers ne permet donc pas de conclure automatiquement à son irresponsabilité. A. BOCAGE.

Une nouvelle médication préventive et curative de la maladie sérique et des états de choc : les polycamphosulfonates, par F. MERCIER. *Paris Médical,* année **24**, n° 48, 1er décembre 1934, pp. 437-443.

L'auteur détaille l'expérimentation qu'il a faite sur le cobaye et la statistique des résultats obtenus chez l'homme avec une série de produits : camphosulfonate de spartéine, solution mixte du précédent avec camphosulfonate de sodium (spartocamphre), camphosulfonate de césium, camphosulfonate d'éphédrine et camphosulfonate de calcium et leurs mélanges dits « polycamphosulfonates » soit injectables (camphosulfonates d'éphédrine, de spartéine, de césium et de sodium) soit ingérables (camphosulfonates d'éphédrine, de spartéine, de césium et de calcium).

Chez l'animal comme chez l'homme les effets de protection sont remarquables surtout contre le choc immédiat, à condition que l'injection de polycamphosulfonate soit faite au moins une demi-heure avant celle de la substance choquante ; les accidents tardifs sont aussi évités dans la très grande majorité des cas et dans les autres réduits à une réaction très bénigne et très brève, chez les sujets qui ont ingéré le même médicament de façon régulière. A. BOCAGE.

La pathogénie des acnés au point de vue thérapeutique, par A. MAUTÉ. *Paris Médical,* année **24**, n° 48, 1er décembre 1934, pp. 446-448.

Le staphylocoque est le plus souvent seul en cause, mais le terrain joue un grand rôle, en particulier la séborrhée. Contre l'infection il faut employer la vaccinothérapie antistaphylococcique, contre la séborrhée, le soufre à l'extérieur après dégraissage de la peau, parfois la radiothérapie.

Un troisième facteur est important chez les jeunes gens c'est le terrain scrofuleux contre lequel il faut employer les injections d'hectine et de morrhuate de soude ou l'huile de foie de morue naturelle.

Chez les couperosiques ce sont les troubles digestifs qui dominent et en particulier l'anachlorhydrie contre laquelle 4 à 10 gouttes d'HCl par repas rendent les plus grands services. A. BOCAGE.

La Presse Médicale (Paris).

La maladie de Besnier-Bœck. Les manifestations cutanées, ganglionnaires, pulmonaires, osseuses, viscérales, nasales et conjonctivales, par L. M. PAUTRIER. *La Presse Médicale,* année **43**, n° 8, 26 janvier 1935, p. 146 9 fig.

La réunion dermatologique de Strasbourg organisée par L.-M. Pautrier a permis une mise au point de cette question des sarcoïdes ; d'une part la maladie de Besnier-Bœck, dont on connaissait seulement les

lésions cutanés ; et d'autre part les sarcoïdes de Darier, simple syndrome hypodermique. Des travaux de dermatologistes étrangers, en particulier ceux de Jorgen, Schaumann, de Kissmeyer, puis de ceux de Pautrier, il résulte que la maladie de Besnier-Bœck peut envahir tout le système ganglionnaire, et en particulier les ganglions trachéo-bronchiques, les poumons, les os, le foie, le rein et quelquefois tous les viscères, les fosses nasales, les conjonctives. De ce fait elle intéresse tous les médecins et c'est pour eux que P. a condensé en quelques pages la somme de tous ces beaux travaux. Le dermatologiste se reportera aux *Comptes rendus des réunions de Strasbourg* (*Bulletin de la Société française de Dermatologie*, juin 1934, pp. 995 à 1392 avec 138 figures).

H. Rabeau.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Trois cas de granulome ulcéro-serpigineux inguinal d'origine vénérienne, par J. Peyri. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, année **10**, nos 9-10, septembre-octobre 1934, pp. 452-460 6 fig.

De quelques jours à trois semaines après un contact suspect, apparition de petits chancres herpétiformes cicatrisant en quelques jours, suivis d'adénite inguinale suppurée qui se fistulise rapidement. L'ulcération ne guérit pas mais s'étend, en festons irréguliers, à bord assez dur, à fond irrégulier avec clapiers peu profonds. Autour de l'ulcération, apparition de papules aplaties qui se ramollissent et s'ouvrent à leur tour. Le processus s'étend à la cuisse ou aux organes génitaux.

La cicatrisation se fait au bout de 6 à 8 mois aidée par l'iode, le cuivre et les bains chauds.

Histologiquement, réaction lymphocytaire intense, cellules plasmatiques et quelques rares cellules géantes. L'extension se fait par les vaisseaux lymphatiques.

Etiologiquement il ne s'agit ni de syphilis, ni de chancrelle (peut-être associée dans deux cas d'Azua), ni de tuberculose. La réaction de Frei n'a pas été recherchée.

A. Bocage.

Erythrœdème myasthénique, par G. Milian et David. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, année **10**, n° 8, septembre-octobre 1934, pp. 461-470.

Observation d'une malade âgée de 39 ans qui fait un œdème rouge d'aspect érysipélateux de la face, respectant le nez et les lèvres, et des membres supérieurs accompagné d'asthénie et de fatigabilité musculaire externe, avec tendance au sommeil. Pas de prurit, sudation facile au niveau de l'œdème ; voix cassée.

Aucune étiologie apparente. Traitement endocrinien et adrénalinien sans action. Mort en trois mois pendant un traitement par le cyanure de mercure.

Discutant la pathogénie, les auteurs se demandent s'il ne s'agit pas

d'une atteinte de la moelle et du bulbe : l'atteinte de la corne antérieure déterminant l'asthénie, et celle de la colonne de Clark toute voisine provoquant l'érythrose cutanée. A. Bocage.

A la page 481 du même numéro de cette revue on trouvera l'examen histologique d'une biopsie d'érythrœdème myasthénique.

Pancréatite hémorragique au cours d'une injection intraveineuse de 914, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, année **10**, n° 8, septembre-octobre 1934, pp. 471-480.

Un homme de 24 ans reçoit pour laryngite syphilitique deux injections d'arqueritol et deux de novar à 15 et 30 à 8 jours d'intervalle, la seconde donne un malaise et un peu de fièvre. Une troisième injection, à 0,30 détermine une crise nitritoïde particulièrement brutale et prolongée.

Le soir plusieurs selles légèrement sanglantes.

Le lendemain la cyanose a disparu ; mais il persiste de l'anxiété avec respiration superficielle, du hoquet, avec météorisme rare, contracture, les urines assez rares sont très albumineuses.

Asthénie, trachycardie, hoquet persistant avec diarrhée. Mort le cinquième jour sans élévation thermique.

A l'autopsie, pancréas énorme, dur, adhérent, transformé en une masse bigarrée d'îlots, les uns jaunâtres caséeux, d'autres noirâtres, et d'autres hémorragiques, cytostéatonécrose sur le méso-côlon et le péritoine pariétal.

Malgré l'acuité et la précocité des accidents après l'injection, dont l'auteur donne d'autres exemples, on peut défendre dans ce cas l'hypothèse « réaction biotropique directe ayant provoqué l'apparition d'une pancréatite hémorragique syphilitique sur un organe antérieurement visité par le tréponème ». A. Bocage.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (Paris).

Verrue péruvienne et typhus exanthématique, par Daniel Mackenzie. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. 5, n° 12, décembre 1934, p. 747.

D. M. expose les acquisitions récentes sur la maladie de Carrion et essaie de montrer ses relations avec les différents typhus. La tâche est difficile si l'on songe à la symptomatologie précise de la verrue péruvienne, à sa localisation nettement circonscrite à quelques hautes vallées des Andes et à la spécificité du germe causal : la *Bartonella bacilliformis*. L'auteur relève cependant des analogies singulières dans l'atteinte des centres nerveux par les différents germes, dans divers symptômes tels que l'anémie et même dans l'alternance des manifestations cliniques et des phases de latence. J. Margarot.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Sur la chéilite exfoliante et glandulaire (Ueber cheilitis exfoliativa und glandularis), par A. Jordan et A. Tarabuchin. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **70**, f. 5, janvier 1935, p. 249.

A propos de dix observations de chéilite exfoliante et quatre de chéilite glandulaire, les auteurs concluent que ce sont là deux affections distinctes. La chéilite exfoliante n'est pas rare ; la glandulaire l'est certainement. Plus fréquentes dans le sexe masculin, elles sont favorisées par la profession et le tabac. La chéilite exfoliante se rencontre plutôt à un âge avancé ; la glandulaire entre 30 et 40 ans de préférence. Alors que l'aspect clinique de l'exfoliante est assez uniforme, la chéilite glandulaire offre trois grandes variétés : c. g. simple de Puente Alcevero ; c. g. de Balz et c. g. apostémateuse de Volkmann, bien voisines l'une de l'autre. Le traitement de ces chéilites est assez décevant : dans l'exfoliante, les meilleurs résultats sont dus au Lugol intus et extra ; dans la glandulaire, au radium et au rhodanate de Ca. La transformation épithéliomateuse n'est pas rare (4 fois sur 14 c. exfoliante ; 1 fois sur 4 c. glandulaire).

L. Chatellier.

Recherches sur la déviation du complément dans les mycoses (Untersuchungen über Komplementbindung bei Pilzkrankheiten), par F. Foldrari. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **70**, f. 5, janvier 1935, p. 260.

F. pour ses recherches s'est servi de deux antigènes, l'un polyvalent (achorion Schœnleini, Quincke ; diverses souches de tricophytons et d'épidermophytons), l'autre provenant de *tricophyton gypseum*. Il prépara ses antigènes en mettant 5 centimètres cubes de sérum physiologique dans le tube de culture sans toucher au milieu ; la suspension est broyée pendant une heure, puis laissée à la température du laboratoire pendant une semaine. La suspension est alors centrifugée pendant quelques minutes et l'antigène ainsi obtenu maintenu à la glacière. La réaction a été effectuée chez des malades porteurs de lésions profondes et de lésions superficielles. Les premières donnent des réactions nettes, les secondes des réactions plus faibles. La vaccinothérapie a favorisé dans certains cas, la formation des anticorps. On ne saurait tirer de pronostic du taux des anticorps sériques, car la vaccinothérapie produit d'aussi bons résultats, que l'on constate ou non une augmentation des anticorps. Les réactions allergiques n'évoluent pas toujours parallèlement avec la réaction de déviation. F., d'après ses recherches sur plusieurs infections à hyphomycètes, pense qu'il s'agit de réactions de groupe. La réaction de déviation, dans les formes profondes comme dans les superficielles, a une valeur diagnostique, même quand l'examen direct et la culture restent négatifs.

L. Chatellier.

Exanthème dans les septicémies, particulièrement dans les septicémies à pneumocoques et à colibacilles (Exantheme bei Sepsis, mit besonderer Berücksichtigung der Pneumokokken und- Kolisepsis), par V. Willard. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **70**, f. 5, janvier 1935, p. 271.

Les exanthèmes au cours des septicémies à colibacilles sont très rares : ils sont constitués par des hémorragies muqueuses, séreuses, rétiniennes, plus rarement par des nodules.

Au cours des pneumococcies, les métastases cutanées sont également très rares. W. résume les observations déjà parues et y ajoute deux cas personnels. La manifestation cutanée la plus fréquente est l'hémorragie ; moins souvent une éruption roséoliforme ; les nodules et les éruptions pemphigoïdes sont d'une extrême rareté. Les exanthèmes peuvent se produire partout, de préférence cependant sur le tronc ; ils sont dus plutôt à des embolies microbiennes qu'à une action toxique ; ils apparaissent environ dans 5 o/o des septicémies pneumococciques. Au microscope, on trouve des lésions modérées : élargissement de la couche malpighienne, allongement des papilles, leucocytose et parfois hémorragies interpapillaires ; dans quelques cas, simple engorgement des capillaires papillaires.

L. Chatellier.

Fibromatose cutanée multiple après gelure (Multiple Fibromatose der Haut nach Frostchäden), par A. Zipersson. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **70**, f. 5, janvier 1935, p. 278.

Z. rapporte l'observation d'une femme de 30 ans, qui a vu se développer sur le visage et le tronc, le cou et même la muqueuse labiale et jugale des nodules durs, fibreux, dont le nombre approximatif dépasse 793 (pour autant que la numération fut possible en raison de la densité des éléments dans certaines régions) ; histologiquement, fibromatose cutanée. Les lésions avaient commencé depuis l'âge de 2 ans, la malade avait été soumise au froid pendant longtemps au cours de l'hiver. Z. fait la différence de ces lésions avec la neurofibromatose et les fibromes lenticulaires. Le pronostic n'est pas particulièrement favorable, car la dégénérescence maligne est possible et le traitement à peu près nul. Z. rappelle les observations où le nombre des éléments fibromateux a pu atteindre plus de 2.000 (et même plus de plusieurs milliers) et la taille un volume énorme : 2 kg. 250 dans un cas, 16 kilogrammes dans un autre !

L. Chatellier.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Un cas de xanthomatose généralisée avec dérèglement des échanges lipoïdiques (Ein Fall von generalisierten Xanthomatose mit Dysregulation innerhalb des Lipoidstoffwechsel), par H. Brandt. *Dermatologishe Wochenschrift*, t. **100**, n° 1, 5 janvier 1935, p. 11.

La xanthomatose juvénile se sépare par plus d'un caractère de la xanthomatose de l'adulte. B. a eu l'occasion d'observer chez un enfant de

3 ans une éruption constituée à la fois par des taches brun jaunâtre répandues sur presque toute la surface cutanée et par des lésions nodulaires disséminées un peu partout. En 1930, l'examen du sérum donne : 250 milligrammes de cholestérine et 344 milligrammes de graisse totale. L'histologie confirme le diagnostic de xanthomatose. L'enfant est soumis à des bains de lumière et à un régime pauvre en graisse. Pendant 3 ans le petit malade est perdu de vue et il revient en 1934, amélioré considérablement du point de vue cutané, sans aucune manifestation viscérale du reste. Des examens du chimisme sanguin sont faits à jeun et après épreuve à l'huile cholestérinée (2 gr. 50 de cholestérine dans 50 grammes d'huile d'olives). Voici les chiffres trouvés :

A jeun : 328 milligrammes de cholestérine totale, dont 280 de cholestérine libre. 4 heures après l'ingestion d'huile cholestérinée, 440 de cholestérine totale et 416 de cholestérine libre ; 8 heures après : 560 et 378 (donc 182 d'éthers de la cholestérine) ; 24 heures après : 556 et 348 (donc 208 d'éthers de la cholestérine). Ces chiffres montrent qu'il s'agit là d'un dérèglement prolongé du métabolisme des lipoïdes, mis en évidence par l'épreuve de l'huile cholestérinée. L. CHATELLIER.

Cutis verticis gyrata (Cutis verticis gyrata), par F. FRENZL. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 1, 5 janvier 1935, p. 18.

A propos d'un malade qui présentait avec des nævi pileux multiples, une *cutis gyrata*, l'examen histologique montre que, sur le cuir chevelu, il existe un véritable nævus, constatation qui confirme la nature nævique de l'affection. Mais de nombreux auteurs n'ont pas trouvé les éléments histologiques du nævus dans la *cutis verticis gyrata*. Ces contradictions s'expliquent si, avec Samberger l'on admet que les nævi sont des formations ancestrales, qui peuvent ou persister ou disparaître incomplètement grâce à l'influence d'agents extérieurs. L. CHATELLIER.

La « méthode interférométrique » d'appréciation des ferments de défense est-elle valable pour reconnaître les altérations endocriniennes dans les dermatoses? (Ist die « interferometriche methode » zur abwehrbestimmung praktisch brauchbar zur Erkennung innersekretorischer Störungen bei Hautkrankheiten ?) par P. BERGGREEN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 2, 12 janvier 1935, p. 45.

En 4 ans, B. a fait de nombreuses recherches sur la valeur pratique de la méthode interférométrique, et surtout dans des dermatoses sûrement liées à des troubles endocriniens (eczéma allergique de la thyréotoxicose, atrophie d'Herxheimer avec acromégalie, exanthèmes dysménorrhéiques, etc.). Les résultats ont été rarement significatifs, souvent inattendus et presque jamais retrouvés dans les expériences de contrôle ; aussi la méthode interférométrique lui paraît-elle pratiquement sans valeur pour l'étude étiologique et le contrôle thérapeutique. L. CHATELLIER.

Le traitement des dermatoses par les rayons limites (Die Grenzstrahlenbehandlung von Haut-krankheiten), par H. NEUMANN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 2, 12 janvier 1935, p. 49.

Les rayons limites, qui ne remplacent pas les rayons pénétrants dans les dermatoses étendues ou profondes trouvent leurs indications et leurs succès dans les dermatoses superficielles et circonscrites : eczéma superficiel, neurodermite superficielle, chéilite, dyshidrose, prurit ano-vulvaire. De plus les rayons limites sont à recommander dans les lésions où l'action thérapeutique ne doit pas s'effectuer en profondeur (paupière, scrotum, eczéma des enfants). Il ne faut pas d'ailleurs se borner aux seules irradiations (qu'il s'agisse de Rayons X ou de Bucky), mais il convient de les associer aux traitements locaux (pommades, rayons ultra-violets) ou généraux (régimes) qui luttent contre la maladie causale. L. Chatellier.

Leukichtol (Leuchichtol), par P. G. Unna Jun. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 2, 12 janvier 1935, p. 54.

L'ichtyol « clair » contient comme le vieil ichtyol (sombre) les mêmes composants thérapeutiques, avec l'inconvénient des substances colorantes en moins. Il a les mêmes indications et les mêmes effets que l'ancien ichtyol, quoique à concentrations moindres. Il peut s'employer même sur les parties découvertes, qu'il ne colore pas. Il est utile dans les dermites, les dermatoses par stase, urticariennes, dans les eczémas kératosiques, les dermatoses allergiques. L. Chatellier.

Pemphigus et dermatite de Duhring et les soi-disant formes de transition (Pemphigus und Dermatitis Duhring und die sogenannten Ubergangsfälle), par J. Darier et A. Tzanck. *Dermatologische Wochenschritf*, t. **100**, n° 3, 19 janvier 1935, p. 73.

Dans cette revue (18 août 1934), s'était posée la question : Le pemphigus et la dermatite de Duhring sont-ils des maladies *sui generis*? Y a-t-il entre elles des faits de transition? D. et T. pour y répondre, insistent d'abord sur la nécessité d'une classification dermatologique solide. L'on sait que celle-ci ne peut pas toujours être étiologique, car l'agent causal est, dans bon nombre de dermatoses, ignoré. C'est particulièrement vrai des éruptions bulleuses, que les auteurs divisent en trois grands groupes : le groupe des éruptions bulleuses par lésions directes accidentelles (brûlures), le groupe des éruptions par intolérance où l'agent causal, d'ailleurs divers et parfois inconnu, n'intervient pas directement, mais, grâce à la « disposition » ou « à la sensibilité » du sujet, provoque l'éruption bulleuse (elle est dite « essentielle » quand sa cause est inconnue) ; le groupe des éruptions « dystrophiques ». La maladie de Duhring appartient au second groupe, comme le prouvent le polymorphisme de l'éruption, l'allure congestive, l'évolution par crises, la conservation de l'état général et la guérison spontanée (en outre : l'éosinophilie, le prurit et la fréquente sensibilité aux halogènes). Dans le pemphigus, manquent les critères de sensibilité ; existent des manifestations d'ordre dystrophique (acantholyse). Entre ces deux maladies, il n'existe pas pour D. et T. de formes de passage. Mais elles peuvent se rencontrer simultanément chez le même malade, en combinaisons

extraordinairement variées, où il faut savoir distinguer les manifestations propres à chacune d'elles. L. Chatellier.

Erysipéloïde à foyers cutanés multiples (Erysipeloide mit multiplen Krankheitsherden), par K. Schreiner. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 3, 19 janvier 1935, p. 77, 2 fig.

Deux observations d'érysipéloïde où l'éruption se traduit par des placards éloignés du point d'inoculation. L'explication la plus vraisemblable est la propagation par voie lymphatique, sans participation de la peau intermédiaire. Les deux malades ont été guéries, l'une de son infection initiale, l'autre des récidives successives, par la sérothérapie.

L. Chatellier.

Une forme chronique de lésions vésiculeuses de la muqueuse buccale (Epitheliolysis bullosa acquisita mucosæ oris) (Eine chronische Form von Blasenbildungen an der Mundschleimhaut (Epitheliolysis bullosa acquisita mucosæ oris)), par W. Reinhard. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 3, 19 janvier 1935, p. 80.

Chez un homme de 22 ans, sans aucun antécédent héréditaire ou personnel, se développe une éruption bulleuse d'abord localisée, puis disséminée à la muqueuse buccale sur les joues, sans aucune lésion de stomatite sans carie dentaire ; la langue et les amygdales sont indemnes ; rien sur la peau, même au bout d'une année. Les divers traitements locaux ou généraux (germanine en particulier) ne donnent aucun résultat. L'état général est conservé. R. rapproche ce cas de l'épidermolyse bulleuse « acquise » tardive ; mais pour ne pas préjuger de la nature de la lésion, il la dénomme épithéliolyse. L. Chatellier.

Adénocarcinome de la glande de Bartholin dans le jeune âge (Adenokarzinom der Bartholinischen Drüsen im jugendlichen Alter), par G. Beckmann. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 4, 26 janvier 1935, p. 101, 2 fig.

Les cancers vulvaires sont les plus rares des cancers génitaux (sur 768 carcinomes génitaux, 27 vulvaires). Le cancer de la glande de Bartholin est d'une extrême rareté, surtout chez les jeunes. B. en rapporte une observation chez une jeune fille de 19 ans. L'affection avait débuté insidieusement quelques mois auparavant par une tuméfaction de la grande lèvre gauche ; puis elle avait pris une allure inflammatoire aiguë, avec fièvre élevée, écoulement, douleurs très vives, fistulisation spontanée ; l'évacuation se faisant mal, la tumeur est incisée largement. 14 jours après, ulcération rectale, suivie progressivement de l'infiltration des tissus entre vagin et rectum. Deuxième incision dans le rectum. Devant l'épaississement rapide des lèvres de la plaie, une biopsie est pratiquée qui montre une épithélioma, tantôt glanduliforme, tantôt atypique. Evolution rapide vers la cachexie. L. Chatellier.

Sur la question de la dermatite blastomycosique (Zur Frage der Dermatitis blastomycotica), par T. Wlassics et A. Dosa. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 4, 26 janvier 1935, p. 104.

Les lésions étudiées par W. et B. se présentent cliniquement comme un véritable eczéma, disséminé sur toutes les parties du corps ; l'examen direct et la culture ont montré constamment des levures ; l'inoculation reproduit la lésion originelle, à condition toutefois que le terrain inoculé soit rendu propice par des pansements humides ou une sudation prolongée ou par des érosions très superficielles ; l'intradermo-réaction provoque une large papulo-vésicule à bords rouges et infiltrés. Au microscope, structure de l'eczéma, et dans 50 o/o des cas seulement, présence des parasites dans l'épiderme et le derme superficiel. Pour toutes ces raisons, les auteurs admettent que les levures peuvent déclancher une éruption eczémateuse aiguë, qu'ils préfèrent, pour la distinguer des eczémas endogènes, dénommer dermatite blastomycosique.

L. Chatellier.

Un cas de radiodermite ulcéreuse traitée par les ondes courtes (Ein mit Kurzwellen behandelter Fall von Rœntgenverbrennung), par G. Mahn. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 4, 26 janvier 1935, p. 108.

Cas de radiodermite ulcéreuse, jusque-là rebelle, où les ondes courtes ont amené une amélioration considérable et presque la cicatrisation de l'ulcération. Il y aurait intérêt à multiplier les recherches dans ce sens.

L. Chatellier.

Sur la valeur allergique du contenu de la vésicule de Finsen (Vom allergischen Wert des Finsenschen Blaseninhaltes), par K. Sipos. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 4, 26 janvier 1935, p. 109.

Le sérum provenant de la peau de tuberculeux cutanés injecté dans le derme d'autres tuberculeux cutanés provoque souvent une réaction inflammatoire. D'autre part, après la Finsenthérapie, il se développe sur le territoire irradié une vésicule, dont le contenu, prélevé aseptiquement par S., a été injecté dans le derme d'autres tuberculeux cutanés. Les résultats obtenus ont été à peu près identiques à ceux obtenus par le sérum cutané ; et même la réaction au liquide de la vésicule après Finsenthérapie s'est montrée plus intense. Les individus sains ont tous donné des résultats négatifs.

L. Chatellier.

Sur le pouvoir de résorption et de diffusion de la peau (Über das Resorptions- und Diffusionsvermœgen der Haut), par A. Poomann. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 4, 26 janvier 1935, p. 112.

En utilisant l'injection intradermique d'une solution de bleu-trypan, P. confirme la valeur de ce test dans l'appréciation du pouvoir de résorption et de diffusion de la peau. Cette réaction a été employée sur 43 lépreux : dans la lèpre maculeuse et la lèpre tubéreuse ces deux fonctions cutanées ont été ainsi trouvées normales ; dans la lèpre tubéreuse grave, ces fonctions sont modifiées (tantôt exagération, tantôt réduction), le traitement par la neige carbonique et le Solganal, en améliorant les lésions, rétablit les fonctions de résorption et la diffusion cutanée.

L. Chatellier.

Revista Sud-Americana de Endocrinologia, Immunologia y Quimiotherapia (Buenos-Aires).

Etudes statistitiques sur le tabès. Considérations appropriées. Le liquide céphalo-rachidien dans le tabès (Estudios estatisticos sobre tabes. Considerationes pertinentes. El liquido cefaloraquideo en la tabes), par José Luis Carrera. *Revista Sud-Americana de Endocrinologia, Immunologia y Quimioterapia*, année **17**, n° 10, 15 octobre 1934.

Plusieurs conclusions se dégagent des statistiques de l'auteur :

Le tabès apparaît surtout chez les syphilitiques qui n'ont pas été traités au début de leur maladie. Le traitement novarsénobenzolique ne prédispose pas à la syphilis nerveuse.

Les malades dont le traitement a été institué au cours de la période secondaire ne sont pas plus à l'abri d'un tabès futur que les sujets traités dès l'apparition du chancre.

Le traitement antisyphilitique habituel, conduit méthodiquement et très intense, améliore beaucoup les phénomènes subjectifs et peut même influencer favorablement les symptômes physiques. Il rend souvent négative la réaction de Wassermann et corrige les modifications pathologiques du liquide céphalo-rachidien. On ne saurait toutefois accorder qu'une valeur relative tant au point de vue du diagnostic que du pronostic aux indications fournies par la ponction lombaire dans le tabès.

J. Margarot.

Bruxelles Médical.

Syphilis secondaire et Wassermann négatif, par R. Bernard. *Bruxelles Médical*, année **15**, n° 13, 27 janvier 1935, p. 361.

A propos d'une observation de malade ayant un Wassermann négatif en période secondaire. B. fait remarquer que ces cas sont tout à fait exceptionnels puisqu'il n'en compte qu'une dizaine dans toute la littérature médicale. L'adjonction au Bordet-Wassermann des réactions de floculation semble devoir augmenter le coefficient de sécurité.

H. Rabeau.

The Chinese Medical Journal (Peking).

Vulvo-vaginite à Monilia (Monilia vulvo-vaginitis), par Wong et Kurotchkin. *The Chinese Medical Joural*, vol. **48**, n° 10, octobre 1934, p. 1068, 3 fig.

W. et K. décrivent la vulvo-vaginite à Monilia à l'occasion de trois cas récemment observés. En dehors des formes décrites par Castellani, forme pseudo-membraneuse et forme purulente, simulant la blennorragie, il existe des cas frustes caractérisés uniquement par de la rougeur de la muqueuse vaginale qui peut être granuleuse et sèche.

Le meilleur traitement consiste en lavages alcalins suivis de bourrage

du vagin avec de la gaze imbibée d'un mélange à parties égales de glycérine, de paraffine liquide et de solution à 50 o/o de sulfate de magnésium. S. FERNET.

Actas Dermo-sifiliograficas (Madrid).

Un cas de monilethrix (Un caso de moniletrix), par Gonzales MEDINA et S. Gallego CATALAYUD. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **27**, n° 3, décembre 1934, p. 285, 2 fig.

Une enfant de 3 ans présente sur le cuir chevelu une dermatose caractérisée par une réaction folliculaire kératosique sur un fond érythémateux et légèrement squameux. Des follicules les moins atteints sortent des cheveux d'une longueur de 3 à 4 centimètres. Les cônes les plus cornés ont des cheveux d'un demi-centimètre à peine. Le prurit paraît assez vif, si l'on en juge par le grattage. Des lésions de kératose pilaire existent sur les bras et les jambes. Le microscope met en évidence le caractère moniliforme des cheveux. On note une tache mongolique sur la région lombo-sacrée. J. MARGAROT.

Cas de trichophytie avec polymorphisme clinique dans une même famille (Casos de tricofitia con polimorfismo clinico en una misme familia), par R. G. MEDINA et J. BIGNÉ. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **27**, n° 3, décembre 1934, p. 289, 2 fig.

Une femme de 27 ans présente une trichophytie cutanée faite de taches circinées, parfois confluentes et polycycliques, à bords finement vésiculeux. On trouve chez l'un de ses fils des lésions inflammatoires folliculaires de siège occipital avec un petit abcès et chez l'autre une plaque squameuse avec cheveux rares et courts sur la région pariétale.

L'examen microscopique démontre l'existence d'un même *trichophyton endothrix* dans ces diverses lésions. J. MARGAROT.

Contribution à l'étude clinique et biologique des lésions phagédéniques génitales (Contribucion al estudio clinico y biologico de las lesiones fagedenicas genitales), par V. SANÇHEZ BAYARRI, R. GONZALES MEDINA et J. FORTEZA BOVER. *Actas dermato-sifiliograficas*, année **27**, n° 3, décembre 1934, p. 297, 5 fig.

Chez deux sujets atteints d'ulcérations génitales phagédéniques les auteurs n'ont pu isoler par des cultures répétées qu'un staphylocoque rappelant la forme commune, mais présentant un pouvoir antigénique spécial.

Les auteurs rapprochent le fait du phénomène de Cantacuzène et Bonzin, relatif au streptocoque. Le germe, cultivé avec des produits pathologique prélevés sur la malade aquerrait de nouvelles propriétés pathogènes. Ils soulèvent l'hypothèse de l'association d'un virus filtrant.

J. MARGAROT.

Un cas de trichophytie du cuir chevelu chez un adulte (Un caso de tricofitia del cuero cabelludo en un adulto), par J. Soler Burgos et Carlos Faura. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, nº 3, décembre 1934, p. 299, 1 fig.

Un homme de 29 ans présente une teigne en rapport avec un champignon ectothrix, que des cultures sur gélose peptonée à 3 o/o et sur gélose glycosée à 8 o/o permettent d'identifier avec le *trichophyton violaceum*.

J. Margarot.

Un cas d'épithéliomas multiples (Un caso de epitheliomas multiples), par J. Burgos et Carlos Faura. *Actas dermatosifiliograficas*, année 27, nº 3, décembre 1934, p. 307, 4 fig.

Une biopsie pratiquée chez un malade atteint d'épithéliomas multiples permet d'identifier un épithélioma mixte ou pavimenteux métatypique de Komprecher. On trouve une métastase ganglionnaire.

J. Margarot.

Note préalable sur un traitement nouveau de la lèpre (Nota previa sobre un tratamiento nuevo de la lepra), par Gonzales Medina. *Actas dermosifiliograficas*, année 27, nº 3, décembre 1934, p. 320.

Quatre malades sont traités par des injections intraveineuses de bleu de méthylène en solution à 1 o/o dans de l'eau distillée. Deux fois par semaine, ils reçoivent des doses progressivement croissantes de 10 a 30 centimètre cubes. On note une amélioration rapide des léprides, des lépromes, des infiltrations, des douleurs et en un mot de toutes les manifestntions en rapport avec le bacille de Hansen. J. Margarot.

Sur les psychoses tabétiques (Sobre las psicosis tabeticas), par Lopez Ibov. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, nº 3, décembre 1934, p. 326.

On peut observer divers syndromes mentaux chez les tabétiques. L'hallucinose des syphilitiques, des troubles hypochondriaques avec interprétation délirante des phénomènes cliniques, diverses affections mentales endogènes, une paralysie générale vraie ou fausse sont signalées par différents auteurs. L. I. en cite des exemples, mais demande que l'on réserve la dénomination de psychoses tabétiques aux syndromes confusionnels, de type toxique et de courte durée qui accompagnent la grande ataxie aiguë.

La réaction de Müller à froid : ses résultats dans la syphilis humaine et dans la syphilis expérimentale du lapin (La reaccion de Müller en frio : sus resultados en la sifilis humana y en la experimental del conejo), par V. Sanchis Bayarri et Garcia Martinez. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, nº 3, décembre 1934, p. 331.

La réaction utilisée est celle de Müller que l'on désigne sous le nom de M. B. RII. La modification apportée consiste dans la suppression du chauffage du mélange antigène-sérum. Dans la syphilis humaine le nombre de positivités correctes se trouve augmenté, tandis que diminue

celui des positivités uniques, qui, dans une certaine proportion, ne sont pas spécifiques. Le contrôle de la syphililis du lapin peut être fait avec une certitude suffisante par cette réaction. J. Margarot.

Un cas d'embolie artérielle bismuthique. Exanthème embolique local de Freudenthal (Un caso de embolia arterial bismutica. Exantema embolico local de Freudenthal), par Javier M. Tome Bona. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 3, décembre 1934, p. 336, 1 fig.

Une injection de lipobismuth est suivie de phénomènes douloureux immédiats, d'un gonflement de la fesse, d'un exanthème ecchymotique disposé sous forme de stries réticulaires avec points hémorragiques folliculaires de la grosseur d'une tête d'épingle. La disparition rapide de ces manifestations complète le tableau clinique et permet de les rattacher à l'exanthème embolique local de Freudenthal. J. Margarot.

Impaludation et épidémie de paludisme (Impaludization y una epidemia de paludismo), par P. Montanes M. Carderera. *Actas dermo-sifiliograficas*. année 27, n° 3, décembre 1934, p. 341.

Une épidémie de paludisme (fièvre tierce) s'est développée à l'asile provincial de Huesca et dans son voisinage à la suite de l'impaludation thérapeutique d'un certain nombre de malades internés.

Les auteurs concluent à la nécessité de stériliser l'infection dès qu'apparaissent chez les sujets traités les formes sexuées du parasite. Ils précisent les conditions dans lesquelles doivent se faire l'inoculation de la malaria, la surveillance de son évolution, la méthode à suivre pour assurer la disparition des germes et la vérification de la guérison.

J. Margarot.

Traitement précoce de la syphilis et ses résultats à la lumière des examens systématiques du liquide céphalo-rachidien (Tratamiento precoz de la sifilis y sus resultados a la luz de los examenes sistematicos del lipuido cefalorraquideo), par José Luis Carrera. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 3, décembre 1934, p. 367.

Lorsque la syphilis est traitée précoçement et d'une manière intense par des médications associées, la négativation des réactions sérologiques et l'absence de réactions du liquide céphalo-rachidien s'observent dans 100 o/o des cas. Une technique défectueuse doit être incriminée lorsque ces résultats ne sont pas obtenus. J. Margarot.

Un nouveau cas de syphilide tertiaire produite par un accident du travail (Un nuevo caso de sifilide terciaria producido por accidente del trabajo), par Javier M. Tome Bona. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 3. décembre 1934, p. 369, 2 fig.

Une plaie contuse en rapport avec un traumatisme violent portant sur le sommet du crâne chez un sujet ayant une syphilis ignorée donne lieu à une syphilide ulcéreuse étendue, qui, faute d'un diagnostic correct et d'un traitement approprié, persiste indéfiniment. J. Margarot.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Note clinique sur le traitement du psoriasis (Nota clinica sobre tratamiento del Psoriasis), par Rafael Lancha-Fal. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, année **10**, nº 110, novembre 1934, p. 67.

L'auteur obtient de bons résultats dans le traitement du psoriasis par des cures alternées de salicylate de soude et de teinture d'iode. La durée de chacune d'elles est d'un mois. Le salicylate de soude est donné par voie gastrique à la dose de 1 gramme par jour, en deux fois, au moment des repas. La teinture d'iode est prise aux mêmes heures à la dose de quinze gouttes. L'administration des deux médicaments est poursuivie pendant plusieurs mois. J. Margarot.

Syphilis acquise de l'enfance (Sifilis adquisida de la infancia), par Tomas Caro-Paton. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, année **10**, nº 110, novembre 1934, p. 71.

Observation d'un chancre syphilitique de la paupière supérieure droite chez un enfant de 4 ans. J. Margarot.

Dermatoses des bûcherons et des ouvriers qui travaillent le bois (Dermatosis de los lénadores y obreros similares), par Lana Martinez. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, année **10**, nº 110, novembre 1934, p. 75, 5 fig.

Un premier groupe de faits se rapporte à l'eczéma typique des bûcherons.

Chez le plus grand nombre des malades, l'action irritante de la résine donne lieu à une éruption papuleuse très fine, parfois érythémato-œdémateuse, puis vésiculeuse sur la face dorsale des mains et des espaces interdigitaux. Le prurit provoque un gratttage qui inocule des pyocoques. Des pustules, des croûtes achèvent de donner à la dermite un aspect polymorphe.

La guérison se fait facilement. Il suffit d'interrompre le travail et d'appliquer des topiques émollients ou faiblement antiseptiques.

D'autres malades présentent des lésions palmaires revêtant la forme d'une kératodermie fissurée. Ce sont plus particulièrement ceux qui transportent les arbres. La dermatose paraît surtout en rapport avec le contact d'une écorce rugueuse et avec l'action irritante du tanin contenu dans l'écorce.

L'affection guérit encore assez vite après la cessation du travail.

Dans un second groupe de faits se placent les dermatoses allergiques des bois. Les accidents débutent par les mains, mais tendent à se généraliser et prennent place dans le tableau clinique des phénomènes de la sensibilisation cutanée. Une réaction fébrile les accompagne parfois. Une dermite rouge et œdémateuse occupe les mains et la face avec gonflement des paupières, rougeur et cuisson des yeux. Des vésicules apparaissent

ensuite. Les lésions progressent sur les avant-bras, les bras, gagnent les aisselles, remontent le long des membres inférieurs, atteignent les organes génitaux.

La durée de la poussée éruptive est variable. Les récidives sont constantes.

Il n'est pas nécessaire que le sujet manipule du bois pour que les lésions apparaissent. Il suffit souvent qu'il se trouve à proximité des arbres.

La cause de la dermatose réside dans une sensibilisation spécifique à diverses substances que renferme le bois (éléments irritants de l'écorce, essences, etc.).

La désensibilisation spécifique est difficile et délicate. La désensibilisation non spécifique est d'une pratique plus courante.

J. Margarot.

Pityriasis versicolor achromique (Pitiriasis versicolor acromica), par Eduardo de Gregorio. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, année **10**, n° 110, novembre 1934, p. 91, 2 fig.

L'auteur a observé des lésions achromiques à peine squameuses et des taches recouvertes de fines squames franchement blanches.

J. Margarot.

La malariathérapie dans la paralysie générale (La malariatérapia en la paralisis general), par Alberto Rodriguez Cano. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, année **10**, n° 110, novembre 1934, p. 99.

Revue générale complétée par l'histoire de cas personnels.

J. Margarot.

Lupus sclérosant des doigts. Lésions osseuses (Lupus dactilo-esclerosante. Lésiones óseas), par Luis Gran Barbera. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliographia*, **10**, n° 110, novembre 1934, p. 119, 1 fig.

Un lupus érythémateux du nez de la variété chiblain lupus de Hutchinson coexiste avec un *lupus pernio* des mains. Une radiographie montre une raréfaction osseuse des phalanges. J. Margarot.

Traitement de la pellagre et des syndromes pellagroïdes par l'hyposulfite de soude (Tratamiento de la pelagra y sindromes pelagroïdes por el hiposulfito sodico), par J. Conejo Mir. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliographia*, année **10**, n° 110, novembre 1934, p. 125.

Le traitement de la pellagre par l'hyposulfite de soude, préconisé par Sabry, donne des résultats favorables dans les cas légers. Ils sont moins heureux dans les formes complètes. J. Margarot.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Le tartrate double de potassium et de bismuth par voie buccale dans le traitement de la syphilis (Oral administration of potassium bismuth tartrate in treatment of syphilis), par Kolmer. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **31**, n° 1, janvier 1935, p. 9.

K. emploie le tartrate double de potassium et de bismuth par voie buccale depuis dix ans; il le considère comme moins toxique et plus actif que les mercuriaux en ingestion.

Le tartrate double de K et de Bi contient 65,5 o/o de bismuth. La dose maxima tolérée par les rats est de 5 grammes par kilo de poids, ce qui correspondrait à 300 grammes pour un adulte pesant 60 kg. Ce sel est donc 300 ou 400 fois moins toxique que les sels de mercure.

L'expérimentation sur les animaux a montré que le tartrate double de K et de Bi est un spirochéticide plus actif que le bichlorure de mercure. Par voie intraveineuse, on réussit à stériliser un lapin, porteur d'un chancre scrotal, au moyen d'une seule injection à raison de 0,003 par kilo de poids alors qu'on ne peut stériliser un lapin avec une injection intraveineuse de sublimé, même à la dose maxima tolérée qui est de 0,002 à 0,004 par kilo de poids.

Par la voie buccale, K. n'a pas réussi à stériliser les lapins en leur faisant absorber 24 doses en un jour de sublimé à raison de 0,001 par kilo de poids. Mais 24 doses de tartrate double de K et de Bi à 0,001 par kilo ont été suivies non seulement de la disparition du chancre scrotal mais encore de la stérilisation des ganglions dont la réinoculation à des animaux sains est restée négative.

K. a adopté pour le traitement des malades les doses de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 prises trois fois par jour après les repas. Le tartrate de K et de Bi étant insipide, on peut le prescrire en solution suivant la formule : tartrate double de K et de Bi 1 gr., glycérine et eau distillée āā 100 gr., dont on fait absorber 3 cuillerées à café par jour.

Ce traitement a été rarement appliqué dans les cas de lésions en activité; néanmoins, K. affirme que les lésions apparentes de la syphilis disparaissent progressivement et que les réactions sérologiques sont favorablement influencées.

Pour son compte, il réserve ce traitement buccal à des indications spéciales : traitement de consolidation pendant un cours laps de temps après un traitement intraveineux, début d'un traitement de cardiopathie, volontairement prudent et progressif, réalisation d'un traitement mixte comprenant des injections arsenicales et du bismuth par voie buccale, cas exceptionnels des malades qui ne peuvent être traités par des injections et à qui il est préférable de faire absorber du bismuth que du mercure.

S. Fernet.

L'élimination du mercure après l'ingestion de mercure à la craie, de protoiodure et de bichlorure de mercure (Excretion of mercury after oral administration of mercury with chalk, yellow mercurous iodide and corrosive mercuric chloride), par Sollmann, Schreiber et Cole. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **31**, nº 1, janvier 1935, p. 15.

L'élimination urinaire des doses usuelles moyennes du *mercurium cum creta* (0 gr. 2 par jour), du protoiodure (0 gr. 06 par jour) et du bichlorure de mercure (0 gr. 015 par jour) par la voie buccale étant équi-

valente, S., S. et C. pensent que leur efficacité doit être sensiblement la même et égale à celle des frictions faites avec 4 grammes d'onguent mercuriel à 50 o/o. S. Fernet.

Le taux du soufre dans les ongles et les cheveux au cours des états pathologiques (Sulphur content of fair and of nails in abnormal states), par Klauder et Brown. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **31**, nº 1, janvier 1935, p. 26, 2 fig.

Le soufre se trouve dans les ongles et les cheveux sous forme de cystine. K. et B. ont tenté de traiter les alopécies par l'ingestion de laine hydratée, contenant une forte proportion de cystine. Leurs expériences n'ont pas donné les résultats escomptés.

Poursuivant leurs recherches, ils constatent que dans la majorité des affections unguéales le taux du soufre est diminué. On peut, par l'absorption de laine hydrolysée, rétablir le taux normal du soufre dans les ongles; mais, sauf dans quelques cas de troubles dystrophiques, il est rare que ce rétablissement soit suivi d'amélioration. Cette méthode n'a donc aucune valeur thérapeutique.

Le taux du soufre est également diminué dans les ongles au cours du rhumatisme, de l'anémie pernicieuse, de la cachexie cancéreuse, de la pellagre, des fièvres prolongées, de la démence précoce. Ces dosages ne présentent de l'intérêt que pour l'étude du métabolisme du soufre; dans ce cas il est préférable de les pratiquer sur les ongles que sur les cheveux.

S. Fernet.

Pseudo-ectothrix : altération filamenteuse des racines des poils observée dans certaines affections du cuir chevelu (Pseudo-ectothrix : a filamentous change noted on the hair root in certain inflammations of the scalp), par Knowles, Decker, Radasch et Corson. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **31**, nº 1, janvier 1935, p. 38, 3 fig.

Une altération particulière des racines des poils a été observée dans les cas de névrodermite de la nuque. Certains poils, qui d'ailleurs se détachent facilement, ont leur racine entortillée de fins filaments cylindriques entrelacés. Toutes les cultures restent négatives. Il s'agit peut-être d'une altération spéciale de la gaine du poil; cet aspect n'est rencontré que sur les névrodermites circonscrites. S. Fernet.

Torulose cutanée (Cutaneous Torulosis), par Udo Wile. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **31**, nº 1, janvier 1935, p. 58, 4 fig.

La torulose est une mycose observée en Amérique, en Océanie, au Japon. La *Torula histolytica*, appartient au groupe des levures, elle a une affinité spéciale pour le système nerveux et le poumon. Les manifestations cutanées, signalées jusqu'à présent, étaient des pustules acnéiformes, des ulcères et des abcès profonds.

W. cite l'observation d'un garçon de 17 ans, décédé d'une méningite à Torula et qui présentaient des lésions nodulaires en nappe non décrites jusqu'à présent dans cette affection. Il s'agissait de plaques d'infiltration dure, de teinte brun-verdâtre sans tendance à l'ulcération. Les lésions

histologiques consistaient en un infiltrat dense contenant d'innombrables cellules géantes. Le parasite, en quantité énorme, se trouve dans les cellules géantes et en dehors d'elles sous forme de corps ronds réfringents à double contour. S. FERNET.

Parapsoriasis varioliforme aigu (Pityriasis lichenoïdes et varioliformis acuta), par GREENHOUSE et RUBIN. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **31**, n° 1, janvier 1935, p. 83.

Parapsoriasis varioliforme aigu chez un enfant rachitique âgé de vingt mois. S. FERNET.

The Britisch Médical Journal (Londres).

Traitement des escarres par l'emplâtre adhésif élastique (Treatment of bed-sore with elastic adhesive plaster), par CARTY. *The British Medical Journal,* 19 janvier 1934, p. 105.

C. a guéri dix cas d'escarre de décubitus en 7 à 15 jours par l'application de deux épaisseurs d'emplâtre adhésif élastique laissé à demeure aussi longtemps qu'il ne s'est spontanément décollé. Tant que la suppuration est abondante, le décollement se produit au bout de 36 à 48 heures ; on se contente alors d'essuyer la plaie à sec et de la recouvrir à nouveau d'emplâtre.

L'auteur pense que le pus retenu à une action protéolytique et qu'il favorise la liquéfaction des tissus nécrosés. La prolifération épithéliale se fait dans ces conditions avec une rapidité remarquable. Jamais il n'y eut de réaction générale due à la rétention. S. FERNET.

Borgyógyaszati Urologiai és Venerologiai Szemle (Budapest).

Dermatite par écrasement de chenilles, par SIGISMOND SZENTKIRÁLYI. *Bőrgyógyászati, Urologiai és Venerologiaï Szemle,* année **13**, n° 2, février 1935, p. 19.

Sz. a observé hez des cultivateurs surtout, après un séjour en plein air ou mêmeaprès un travail, une dermatite spéciale. Les malades rapportaient avoir écrasé des chenilles, qui grimpaient sur leurs nuque, leur cou ou leursbras. Cet écrasement sur la peau déterminait un prurit intense, en même temps qu'un état congestif local s'installait, avec saillie de la peau, dans la région intéressée.

Chez les malades consultant peu après l'apparition des lésions, l'auteur a noté les modifications suivantes : sur le cou, dans la région occcipitale, et sur le bras, au centre d'un territoire congestionné, long de 2 à 6 centimètres et large de 1 à 3 centimètres, assez nettement délimité, existaient de petites vésicules fines, contenant une sérosité pure, claire. Ces vésicules pansées avec de la gaze stérile pendant 24 heures, s'affaissèrent, laissant apparaître, au centre du territoire congestionné, une croûtelle blanc-grisâtre.

Chez les malades consultant plus tard, le centre blanc grisâtre s'était mis à desquamer en lamelles assez importantes, laissant apercevoir l'épiderme rose et luisant. L'aréole entourant ces vésicules était parsemée de fines vésicules desséchées.

L'auteur dans l'intention d'identifier l'agent causal, étant donné la difficulté de recueillir les chenilles qui déterminaient l'éruption, se contenta de préparer une trituration et des extraits glycérinés de chenilles de différentes sortes, dont il se servit pour les expériences suivantes.

Chez six sujets, l'application externe de la trituration de chenilles, provoqua une saillie de la région, accompagnée de prurit.

L'injection sous-cutanée de 0,1 à 0,4 cm^3 d'extrait glycériné, provoqua dans dix cas, des plaques urticariennes à l'endroit où l'injection avait été faite ; dans quatre cas, l'éruption apparut même à distance de l'endroit de la piqûre. Dans trois de ces derniers cas, l'auteur injecta de l'extrait de chenilles *Bombyx mori* et dans un seul, celui de chenilles *Hypomomenta malinellus.*

Il n'obtint que dans un seul cas la même lésion, qu'il observa cliniquement et ceci par application cutanée de la trituration de chenilles *Hypomomenta malinellus.*

Le résultat de ces recherches a donc mis en évidence l'action des extraits de chenilles, qui sont susceptibles de provoquer des éruptions urticariennes typiques. BALASFFY-BLASKO.

Archivio italiano di Dermatologia i Sifilografia e Venereologia (Bologne).

Manifestations cutanées et hypersensibilité à la lumière dans la porphyrie, par PIETRO CERRUTI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venerologia,* vol. **11**, fasc. 1, janvier 1935, p. 3, 1 fig. Bibliographie.

L'auteur après avoir passé en revue les acquisitions les plus récentes sur la nature et sur les propriétés des porphyrines, de même que sur l'importance qu'elles assument dans la détermination de l'état de maladie, quand elles se trouvent en forte quantité dans l'organisme, décrit trois cas de porphyrie avec manifestations cutanées, qu'il a eu l'occasion d'observer.

Chez les trois patients, qui éliminent par les urines des quantités notables de porphyrine, l'aspect des zones découvertes est caractéristique (face et dos des mains) par l'aspect fortement hyperpigmenté et le développement exubérant du système pileux. Dans ces territoires apparaissent souvent des formations vésiculo-bulleuses, qui chez deux des malades, ont leur apparition liée à des actions traumatiques antérieures, tandis que, chez le troisième, elles semblent se développer spontanément. Chez ces trois porphyriques, la signe de Nikolski est présent.

Les lésions cutanées, par conséquent, à l'apparition desquelles il n'est pas impossible que la lumière intervienne comme cause adjuvante, ont des caractères qui les rapprochent de l'épidermolyse bulleuse.

L'auteur passe successivement en revue les tableaux cliniques que les lésions cutanées peuvent revêtir chez les porphyriques, en accompagnant chacun des cas envisagés de la statistique des cas décrits jusqu'à ce jour. Il différencie les lésions cutanées à type hydroa vacciniforme, celles à type eczéma de lumière (ou *summer prurigo* de Hutchinson) et celles à type d'épidermolyse bulleuse.

Venant à examiner les théories pathogéniques qui ont cours actuellement pour expliquer l'altération du métabolisme porphyrique, il met en lumière chez ses malades les conditions hépatiques défectueuses, qui sont révélées plus par les données anamnestiques et par l'examen clinique que par les examens fonctionnels. Il apporte par conséquent un nouvel argument à la théorie prédominante qui voit dans le foie le régulateur principal du métabolisme porphyrique.

En dernier lieu, l'auteur institue chez ses malades quelques épreuves pour éprouver la réactivité cutanée aux excitants lumineux et aux excitants traumatiques. Il en tire argument pour discuter, à la lumière des conceptions modernes, les phénomènes de photo-sensibilité chez les porphyriques. BELGODERE.

Contribution à l'étude de la maladie de Nicolas et Favre (Recherches cliniques, histologiques, biologiques et expérimentales), par PISACANE. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. **11**, fasc. 1, janvier 1935, p. 66, 9 fig. Bibliographie.

L'auteur a eu l'occasion de traiter cinq cas bien typiques de maladie de Nicolas et Favre et il en a profité pour faire quelques recherches de contrôle sur quelques points encore discutés de l'histoire de cette affection.

1° *Sur la participation de la peau au processus pathologique.* — Dans la lymphogranulomatose, la participation *passive* de la peau est bien évidente : par le fait de l'usure du tissu cutané sous la poussée de la collection purulente qui tend à s'ouvrir une issue à l'extérieur. Mais les recherches histologiques effectuées par P. lui ont montré qu'il existe aussi une participation *active* c'est-à-dire que le processus spécifique lymphogranulomateux évolue dans l'épaisseur de la peau elle-même. Cette évolution est surtout périvasculaire et se manifeste par une infiltration autour des vaisseaux de petites cellules rondes et de cellules plasmatiques parfois géantes et polynucléées. On observe en outre des altérations dégénératives du tissu dermique, analogues aux altérations typiques du tissu ganglionnaire. Ces constatations confirment celles de Levaditi, Ravaut, etc..., qui ont affirmé que le processus lymphogranulomateux pouvait se développer même sur d'autres terrains que le terrain ganglionnaire,

2° *Sur l'allergie cutanée dans la maladie de Nicolas et Favre.* — Après avoir fait l'historique de la découverte de la réaction de Frei, à laquelle P. attache la plus grande valeur, après avoir donné des indications techniques sur la préparation de l'antigène et sur les diverses modalités de la réaction, il donne les résultats de ses recherches person-

nelles. Avec le pus des ganglions de ses cinq malades, il a préparé autant d'antigènes. Tous ont donné un résultat nettement positif, chez chacun des cinq sujets en expérience. Par contre, l'épreuve de contrôle sur 100 sujets atteints de maladies diverses a donné 100 résultats négatifs. Quelques auteurs (de Gregorio, Cl. Simon) ont mis en doute la valeur de la réaction de Frei. P. estime que ces divergences sont dues à des causes d'erreur dont il faut savoir se préserver, notamment la valeur très inégale des divers antigènes, l'atténuation assez rapide de leur activité par le vieillissement.

3° *Sur les inoculations expérimentales.* — Elles ont été pratiquées surtout chez le singe, qui est particulièrement réceptif, mais aussi chez d'autres animaux. Toutefois, pour ce qui concerne la réceptivité du cobaye les opinions des divers expérimentateurs sont assez contradictoires. Les expériences effectuées par P. lui permettent d'affirmer : 1° qu'il est possible de transmettre au cobaye le virus lymphogranulomateux et même de provoquer chez lui, comme chez le singe, des phénomènes de méningo-encéphalite, mais il faut pour y réussir employer un matériel d'inoculation très virulent. P. a également fait des inoculations chez l'homme sur deux sujets lépreux : les résultats ont été très positifs dans les deux cas, mais d'intensité très inégale ce qui permet de soupçonner que vis-à-vis du virus lymphogranulomateux, il existe, suivant les sujets, de grandes différences de réceptivité individuelle. BELGODERE.

Recherches expérimentales sur le vitiligo (Seconde Note : Physiopathologie de la circulation cutanée), par SAVERIO COSTANTINO. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venerologia*, vol. 11, fasc. 1, janvier 1935, p. 79. Bibliographie.

Ce travail fait suite à une première note qui a été publiée dans le Livre d'Or du professeur Mantegazza, dont il a été fait ici antérieurement l'analyse. Dans cette nouvelle série de recherches, l'attention de l'auteur s'est portée surtout sur la physiopathologie et plus spécialement sur la circulation cutanée des sujets atteints de vitiligo. Les moyens d'investigation utilisés ont été les suivants :

1° *Température.* — Son étude a donné des résultats entièrement négatifs ; il a été impossible de constater une différence de température quelconque entre les zones pigmentées et les zones achromiques.

2° *Dermographisme.* — Il a été fait usage du dermographe de Comel. Pour le dermographisme blanc, il a été impossible de le provoquer. Dermographisme rouge : il apparaissait beaucoup plus vite que dans la zone leucodermique, même avec une excitation inférieure à celle qui est nécessaire pour la peau normale, et il disparaissait également plus vite que dans la peau normale. Dermographisme pomphoïde : dans la peau atteinte, seuil d'apparition plus bas, temps de latence et de durée plus court.

3° *Réactions pharmacodynamiques cutanées. Pomphus et bulle.* — *a*) Avec l'histamine : le pomphus différait de celui de la peau normale

par : latence et durée plus courte, extension moindre, érythème adjacent plus diffus. *b*) Avec l'urée : la bulle apparaît plus difficilement que dans la peau saine, et, lorsqu'elle apparaît, c'est avec les mêmes particularités que pour le pomphus de l'histamine.

4° *Perméabilité vasculaire* explorée au moyen du rouge Congo sur des manifestations pomphoïdes. Aucune différence appréciable entre les zones pigmentées et les zones achromiques.

5° *Résistance vasculaire* explorée par le procédé de la ventouse. On met en évidence un état de stase sanguine dans les zones achromiques qui prennent une coloration sombre et sont le siège d'hémorragies punctiformes. Mais, si l'on répète la même épreuve au même point plusieurs fois à quelques jours d'intervalle, on constate la diminution progressive et même la disparition de ces réactions.

6° *Temps de saignement.* — Il a été trouvé moindre dans les zones de vitiligo que dans la peau normale.

7° *Capillaroscopie.* — Les capillaires de la zone vitiligineuse apparaissent plus petits, mais ils ne présentent rien de particulier comme nombre et comme distribution ; la couleur du fond ne présente pas la teinte caractéristique qui est considérée comme jouant un rôle important dans la tonalité plus forte ou plus faible de la couleur de la peau.

Toutefois, C. fait cette réserve au sujet des résultats ci-dessus, qui sont susceptibles de variations selon que la peau a été soumise ou non préalablement à des excitations diverses ; ainsi les résultats peuvent ne pas être les mêmes en hiver et en été, à cause de l'excitation lumineuse.

Sans vouloir tirer des conclusions fermes, C. estime que ces résultats démontrent, dans la peau vitiligineuse, une hyperactivité vaso-dilatatrice ; le vaisseau est plus prompt qu'à l'état normal dans ses réactions fonctionnelles. En outre, la résistance vasculaire augmentée, sans que rien dans la structure histologique du vaisseau puisse expliquer ce fait, laisse supposer l'intervention de facteurs complexes. Et en tout cas, ces recherches semblent bien démontrer que, dans la pathogénie du vitiligo, il ne faut pas faire abstraction complètement du facteur circulatoire cutané, comme certains ont tendance à le faire. BELGODERE.

Syndrome de Rothmund avec calcifications cutanées et sclérodermie progressive. Leurs rapports avec les lésions des parathyroïdes, par G. SANNICANDRO. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. **11**, fasc. 1, janvier 1935, p. 88, 2 fig. Bibliographie.

Dans ces dernières années, l'étude des syndromes sclérodermiques a subi une orientation nouvelle, grâce aux notions récemment acquises sur l'importance des parathyroïdes dans le métabolisme calcique. Mais, on n'a pas tardé à s'apercevoir que ces mécanismes régulateurs du métabolisme calcique étaient en réalité extrêmement complexes et qu'une pathogénie univoque ne saurait être admise. Ainsi, la maladie de Recklinghausen, les sclérodermies accompagnées de concrétions calcaires sous-cutanées sont bien sous la dépendance de l'hyperparathyroïdisme,

mais d'autres syndromes ne peuvent être justiciables de cette pathogénie, et, à côté des états sclérodermiques avec calcifications sous-cutanées dues à l'hyperparathyroïdisme, il existe au contraire des sclérodermies par hypoparathyroïdisme.

Parmi les divers types de syndromes sclérodermiques, il en est un qui mérite une attention particulière par ce qu'il se prête particulièrement à des discussions pathogéniques, c'est celui qui est connu sous le nom de *Syndrome de Rothmund.* Ce syndrome est caractérisé par un état sclérodermique qui prédomine aux jambes, par des hyperkératoses plantaires, avec mal perforant secondaire, par des troubles neuro-glandulaires associés.

S. a eu récemment l'occasion d'en étudier un cas très typique, le premier observé en Italie, et il en rapporte en détail l'observation. Chez son malade, aux symptômes ci-dessus indiqués, s'associaient des troubles cutanés : spinulosisme de la peau des fesses, avec des plaques recouvertes de croûtes d'où la pression faisait sourdre un liquide blanc jaunâtre constitué par des sels de calcium ; des troubles pilaires : canitie précoce ; des troubles oculaires : cataracte. En somme, syndrome de Rothmund typique, avec la variante des calcifications cutanées.

S. fait ensuite une étude détaillée du syndrome. Il décrit successivement : 1° la sclérodermie et les troubles cutanés associés ; 2° la cataracte, qui est toujours une cataracte endocrinienne bilatérale, atteignant les couches antérieure et postérieure du cristallin et non le noyau central comme dans la cataracte sénile ; 3° les troubles laryngés qui souvent précédent de plusieurs années les lésions cutanées et consistent dans une tonalité particulière de la voix, rauque et distonique, ces troubles paraissant dus à un arrêt des modifications habituelles du larynx au moment de la puberté ; 4° les troubles endocriniens, et notamment l'infantilisme fréquent, le féminisme, le développement exagéré du bassin, le développement exagéré des seins, etc... ; 5° les troubles divers, et en particulier les calcifications cutanées, les altérations dentaires, les crises sudorales, les crises angioneurotiques, etc.

Le syndrome de Rothmund est le plus souvent héréditaire et familial. S. discute l'interprétation de ces symptômes. Il examine successivement : 1° les rapports entre la sclérodermie et le métabolisme calcique ; 2° les rapports entre la cataracte et le métabolisme calcique ; 3° l'importance des parathyroïdes dans le métabolisme du Ca et dans la genèse des sclérodermies.

Ces relations entre la sclérodermie et le métabolisme calcique sont aujourd'hui bien établis par de nombreux travaux entre autres ceux de Thibierge et Weissenbach. Mais la nature exacte de ces relations est encore très discutée ; il existe des cas où la sclérodermie s'accompagne de signes d'hyperfonctionnement des parathyroïdes ; il en est d'autres au contraire où les altérations de la peau sont associées à des signes évidents de déficit parathyroïdien.

S. a eu personnellement à traiter deux malades qui appartenaient à cette deuxième catégorie et il en rapporte les observations.

Il s'agissait de deux sujets atteints de sclérodactylie, avec sclérodermie progressive, chez lesquels il obtint une amélioration très nette par des injections de parathormone.

En somme, si les travaux de ces dernières années ont apporté quelques lueurs sur ces questions, elles n'en sont pas moins encore à l'heure actuelle entourées de beaucoup d'obscurité. Aussi, S. conclut-il que, actuellement, il n'est pas possible de séparer la sclérodermie par hyperparathyroïdisme de la sclérodermie par déficit fonctionnel parathyroïdien, attendu que souvent, on voit coexister, comme dans le cas personnel qui a été l'occasion de ce travail, à côté de la sclérodermie et de la cataracte, signes d'hypoparathyroïdisme, des calcifications métastatiques, signes d'hyperparathyroïdisme. Aussi lui semble-t-il plus prudent, pour le moment, de parler simplement de *dysparathyroïdisme*.

BELGODERE.

Il Dermosifilografo (Turin).

Oléogranulomes et sarcoïdes sous-cutanées (Contribution d'observations cliniques et histologiques), par Carlo MAZZANTI. *Il Dermosifilografo*, année **10**, n° 1, janvier 1935, p. 1, 19 fig. Bibliographie.

On pouvait s'attendre à voir les discussions sur les sarcoïdes, à la Réunion dermatologique de Strasbourg, devenir le point de départ d'une floraison de recherches nouvelles sur ces dermatoses. L'auteur rappelle qu'il s'est avéré par ces discussions que la nature des sarcoïdes *sous-cutanées*, en particulier, était entourée de beaucoup d'obscurités. Il en rapporte deux cas personnels dont il a eu la possibilité de faire une étude très poussée.

L'un concerne une femme de 77 ans, qui, quatre ans auparavant, avait été soumise à des injections sous-cutanées d'une préparation bromique dans l'huile d'amande douce ou d'olive. Au bout de trois ans, au niveau de ces injections, se développèrent des tuméfactions qui allèrent en augmentant de volume et d'étendue.

L'autre concerne une femme de 50 ans, qui, il y a 15 ans reçut, à la face externe de la cuisse, des injections sous-cutanées d'huile camphrée, sans qu'on puisse préciser quelle était la nature exacte de l'excipient, probablement de l'huile de vaseline. Des tuméfactions apparurent comme chez la première malade et en outre se compliquèrent d'ulcérations ayant un certain aspect syphiloïde.

Chez ces deux malades, furent pratiquées toutes les recherches biologiques susceptibles de mettre en évidence la nature des lésions (Bordet-Wassermann, tuberculine, etc.), mais toutes avec un résultat négatif.

Les examens histologiques permirent des constatations intéressantes, révélant la nature granulomateuse de ces lésions, constituées par des foyers arrondis, à caractère infiltrant, qui constituaient des nodules,

circonscrits par des traînées conjonctives fibreuses par lesquelles ils étaient entourés et séparés les uns des autres. L'infiltration était constituée par : 1° un grand nombre de cellules plasmatiques ; 2° des cellules mononucléées de type lymphocytoïde ; 3° des cellules épithélioïdes nombreuses ; 4° des fibroblastes ; 5° des clasmatocytes ; 6° des cellules géantes avec noyaux dispersés irrégulièrement. Mais, le fait particulièrement intéressant, c'est que certaines cellules de cet infiltrat présentaient de grosses vacuoles remplies de graisse, et l'on rencontrait aussi des gouttelettes graisseuses nombreuses, dispersées dans l'infiltrat et dans la paroi des vaisseaux.

M. discute le diagnostic de ces lésions, éliminant sans difficulté : le lymphogranulome, la sporotrichose, l'actinomycose, la lèpre, la syphilis, la tuberculose. Le diagnostic se trouve ainsi circonscrit avec les sarcoïdes sous-cutanées de Darier-Roussy et M. montre que les lésions de ses deux patientes offraient en effet tous les caractères de cette dermatose, tels que les ont fixés les deux auteurs français, surtout en ce qui concerne les caractères histologiques.

Mais d'autre part, il n'était pas douteux étant donné les anamnestiques, que l'on se trouvait en présence d'oléogranulomes, de sorte que se trouvait démontrée une fois encore, la parenté, affirmée par certains, des oléogranulomes avec les sarcoïdes sous-cutanées.

Mais alors, pourquoi les injections huileuses, d'un emploi si fréquent, déterminent-elles de semblables lésions seulement chez quelques sujets ? Certains font intervenir des raisons de terrain, qui créeraient une prédisposition individuelle, notamment le terrain tuberculeux, mais chez les deux malades étudiées, rien de semblable ne put être décelé.

M. pense plutôt que, toutes les fois qu'un facteur, exogène ou endogène, susceptible d'exercer une action nocive sur le tissu adipeux, vient en contact avec celui-ci, il peut en résulter des réactions histiocytaires à caractère inflammatoire granulomateux du tissu sous-cutané, capables de reproduire, cliniquement et histologiquement, le tableau des oléogranulomes. Par quel mécanisme ? M. songe à des réactions allergiques, à des troubles neuro-endocriniens et il rapporte des expériences qui semblent corroborer ces hypothèses.

Quand à l'analogie des oléogranulomes avec les sarcoïdes, il croit qu'elle pourrait s'expliquer par des analogies de propriétés biologiques entre les produits tuberculeux et les substances huileuses, si différentes que soient entre elles ces substances. BELGODERE.

Comportement des papules de syphilides lichénoïdes et de lichen plan vis-à-vis du « grattage méthodique », par Filippo FRANCHI. *Il Dermosifilografo*, année **10**, n° 1, janvier 1935, p. 26, 2 fig. Bibliographie.

L'auteur développe des considérations générales sur le « grattage méthodique » et sur les mérites de cette méthode d'étude des dermatoses, méthode intermédiaire entre l'examen clinique et la biopsie. Il rappelle les travaux des auteurs qui se sont particulièrement intéressés à ce pro-

cédé : Brocq, Pautrier, Clément Simon, Lutenbacher, Bizzozero. Ce dernier a particulièrement insisté sur un caractère de la papule du lichen plan, mis en évidence par le grattage : après quelques coups de curette, la papule de lichen se recouvre, sur toute son étendue, d'une vésicule à contenu séro-hématique, par suite de la fragilité particulière des vaisseaux sanguins. Ce comportement de la papule du lichen constitue un caractère différentiel excellent pour la distinguer des autres lichénifications.

Partant de ces constatations, F. a voulu étudier quel serait le comportement de la papule des syphilides lichénoïdes soumises au grattage méthodique, et il a constaté ceci : après quelques coups de curette, la papule devient légèrement turgescente, et, aussitôt après, apparaissent un ou plusieurs petits points purpuriques minuscules, à peine visibles, d'abord distincts, qui s'étendent, ensuite se rapprochent, et peuvent même devenir confluents. Il n'y a donc point, dans ce cas, comme dans le lichen plan une véritable *hémorragie* interstitielle, aboutissant à la formation d'une vésicule sérohématique.

L'examen histologique rend compte de ce comportement différent : dans la papule syphilitique il y a un œdème accentué du derme et de l'épiderme d'où il résulte que les espaces interépineux sont fortement dilatés, remplis de sérosité et même d'un peu de sang, sous forme de petites hémorragies du corps papillaire, bien délimitées, intéressant seulement 6 à 8 papilles. Dans la papule du lichen plan, il existe un espace virtuel dermo-épidermique, que le traumatisme du grattage transforme en un espace réel dans lequel s'accumulent, non seulement de la sérosité, mais aussi du sang en assez grande abondance, provenant de la rupture des vaisseaux.

Ce comportement différent des deux variétés de papules n'offre pas seulement un intérêt théorique, mais aussi un intérêt pratique, au point de vue du diagnostic. BELGODERE.

Sur l'hémorragie provoquée dans les néoformations basocellulaires de forme papuleuse et nodulaire par le grattage méthodique, par FERRARI. *Il Dermosifilografo.* Année **10**, n° 1, janvier 1935, 32 pages. Une planche en couleur. Bibliographie.

Le présent travail se relie au précédent. F. a étudié le comportement, sous l'influence du grattage méthodique, de petites néoformations d'aspect papuleux et nodulaire, à structure d'épithélioma baso-cellulaire superficiel au début. On sait en effet que, dans les tumeurs baso-cellulaires, il existe une fissure dermo-épidermique comparable à celle que Bizzozero a mise en évidence dans la papule du lichen plan ; les bourgeons épithéliaux néoformés se présentent, sur les coupes, détachés du derme environnant par l'interposition d'espaces en forme de lacunes, qui, parfois, entourent entièrement la prolifération.

F. a observé ce qui suit : après 10 à 15 coups de curette, il se produit une turgescence évidente de la néoformation ; si l'on continue le grat-

tage, on voit apparaître des hémorragies sous-épidermiques, sous forme de points purpuriques assez gros, nettement perceptibles, distribués irrégulièrement, qui confluent sur certains points, en formant des figures étoilées, radiées ou réticulées.

L'aspect diffère donc à la fois de celui qui a été décrit par Bizzozero dans le lichen plan et par Franchi dans le travail ci-dessus pour le lichen syphilitique.

Ce travail est accompagné d'une planche en couleurs qui met nettement en évidence l'aspect histologique du phénomène, montrant des extravasations sanguines au niveau de chacun des bourgeons néoplasiques, qui sont entièrement immergés dans le sang. BELGODERE.

Recherches sur la distribution des germes et sur le pouvoir bactéricide dans l'infection expérimentale par le staphylocoque pyogène doré chez des lapins préalablement traités par les injections de petites doses d'arsénobenzol, par Giacomo SERRA. *Il Dermosifilografo*, année **10**, no 1, janvier 1935, p. 36.

L'auteur a publié précédemment le résultat de recherches où il a étudié la distribution des germes dans le sang et les organes parenchymateux, ainsi que le pouvoir bactéricide, chez des animaux infectés expérimentalement par le staphylocoque doré et préalablement soumis à des doses toxiques d'arsénobenzol.

Dans le présent travail, il expose les résultats d'une nouvelle série de recherches analogues, mais chez des animaux qui avaient subi l'action de doses faibles et répétées du même médicament.

Le détail de ces expériences ne se peut résumer. Mais d'après les valeurs numériques obtenues, S. estime qu'il est impossible d'affirmer rien de précis sur les modifications apportées dans les réactions défensives naturelles sous l'influence de petites doses d'arsénobenzol ; les différences des chiffres obtenus sont en effet insignifiantes.

Cependant, il a été constaté dans les parenchymes une diminution, mais légère, du nombre des germes, le pouvoir bactéricide a paru aussi augmenté, mais légèrement.

Les résultats sont donc moins concluants que dans la première série de recherches, qui avaient mis en évidence une inhibition totale ou presque des défenses organiques sous l'influence des doses toxiques.

L'intérêt de ces expériences tient à ce qu'elles se rattachent au problème si discuté et si diversement interprété du mécanisme d'action des arsénobenzols. Ehrlich, tout d'abord, avait cru à une action tréponémicide directe du médicament, plus tard, à la suite d'autres recherches, il dut faire intervenir aussi une action indirecte par stimulation des mécanismes immunitaires.

S. pense que ses expériences, bien qu'elles aient été effectuées sur des staphylocoques, organismes très différents du tréponème, semblent démontrer que l'arsénobenzol, à doses thérapeutiques, exerce une action stimulatrice légère sur le foie. BELGODERE.

Medycyna (Varsovie).

Acné bromique provoquée, par Bernhardt et Potrozbowski. *Medycyna,* n° 24, décembre 1934, p. 835.

Dans un cas d'acné bromique, les intradermo-réactions au bromure de potassium ont donné lieu à des lésions papulo-tuberculeuses cliniquement et histologiquement identiques aux lésions spontanées. Ce cas prouve que les éruptions bromiques sont des réactions d'hypersensibilité cutanée spécifique. Il est à noter que les épidermo-réactions au bromure de K ont été négatives et que les intradermos pratiquées avec des solutions à 1 o/o et à 2 o/o donnaient des réactions plus prononcées et plus typiques que les solutions à 3 o/o. S. Fernet.

Bulletins de la Société Turque de Médecine (Stamboul).

A propos de quelques observations de charbon, par O. Serefeddin Çelik. *Bulletins de la Société Turque de Médecine,* 1935, n° 2, p. 71.

Les cas de charbon paraissent être en recrudescence. En quelques mois l'auteur en a observé huit dont trois mortels, L'un de ceux-ci est particulièrement intéressant. Le malade entre à l'hôpital avec une température de 38°5, porteur d'une pustule sur le front, avec œdème circonscrit. Il est immédiatement traité par du sérum intramusculaire. Le lendemain soir une adynamie brusque et profonde se constitue, accompagnée de lipothymies et de coliques abdominales. Mort le matin à 3 heures. A l'autopsie : forte congestion et épaississement de l'estomac, du duodénum et du péritoine, ainsi qu'un ulcère du duodénum large de 1 cm. 1/2. Les préparations et les cultures prélevées au péritoine sont positives. Les coupes des glandes surrénales présentent une congestion très intense. R. Abimelek.

Un cas d'endartérite syphilitique, par Fahrettin Kerim Gœkay. *Bulletins de la Société Turque de Médecine,* 1935, n° 3, pp. 93-94.

Le malade s'était présenté avec un syndrome psychique de démence et de confusion mentale coexistant avecun syndrome tabétique. Alcoolique, infecté récemment, il présentait dans le sang un Wassermann positif, tandis que le liquide céphalo-rachidien était complètement normal. Un traitement spécifique par injections intraveineuses de Cy-Hg suivies d'injections de bismuth et d'iodipine, a guéri en très peu de temps les syndromes mental et tabétique. R. Abimelek.

Un cas de syphilis congénitale, par NURI OSMAN EREN. *Bulletins de la Société Turque de Médecine*, 1935, n° 3, pp. 115-116.

Fillette de 6 ans présentant à la base du nez une ulcération assez vaste ayant l'apparence d'une gomme syphilitique mais que l'on pourrait prendre aussi pour une mycose ou une tumeur. La présence d'une perforation du palais militait en faveur de la nature syphilitique de l'affection. Pourtant la réaction de Wassermann dans le sang était négative. L'examen histologique ainsi que l'efficacité du traitement spécifique ont confirmé le diagnostic de syphilis congénitale. R. ABIMELEK.

Deri Hastaliklari ve Frengi Klinigi Arsivi (Stamboul).

Quelques considérations sur un cas rare d'acanthosis nigricans, par HULUSI BEHDJET. *Deri Hastaliklari ve Frengi Klinigi Arsivi*, 1934, nos 4-5, pp. 363-367.

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans observée en 1933 et présentant sur le dos des mains, à la nuque et sur le tronc, à la région où se plaçait le « soutien-gorge », ainsi que sur le dos des pieds surtout au niveau des chevilles, des troubles pigmentaires avec hyperkératose cutanée. A la gorge on notait une pigmentation en bandes sans hyperkératose. La malade porteuse d'un goitre sans exophtalmie, souffrait de dysménorrhée. Formule leucocytaire et urines normales, Wassermann négatif, pouls à 120.

Tout en écartant la concomitance d'un cancer, l'auteur attire l'attention sur les troubles endocriniens (thyroïde et ovaires) ainsi que sur la localisation très rare de la dermatose.

L'auteur termine son travail par quelques remarques sur l'état actuel de la question des pigments de la peau. R. ABIMELEK

Istanbul Seririyati (Stamboul).

CONGRÈS TURC DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE 1935

SUJET PRINCIPAL : *La pyrétothérapie dans la paralysie générale en Turquie.*

PREMIER RAPPORT : **Résultats obtenus dans le traitement de la paralysie générale avec le vaccin typhique**, par NAZIN CHAKIR RASIM. *Istanbul Seririyati*, 1934, n° 1, pp. 1-5.

Le Service de psychiatrie de l'Ecole d'Application Gül-Hané a traité par la pyrétothérapie 314 cas de syphilis du système nerveux, dont 89 cas de paralysie générale, 59 cas de tabès, 39 cas de syphilis cérébrale, 23 cas de paralysie des nerfs crâniens, 22 cas d'endartérite, 2 cas de gomme du lobe pariétal, 3 cas d'ophtalmoplégie complète, 1 cas de

gomme de l'hypophyse, 3 cas d'épilepsie, 3 cas de méningite, 27 cas de myélite, 24 cas de paralysie spinale spastique, 13 cas de radiculite, 7 cas de neurasthénie et 7 cas de pachyméningite.

Des 159 cas hospitalisés 15 furent traités par la malaria et 144 par le vaccin typhique; les 155 cas restants furent traités ambulatoirement par un traitement spécifique associé à la protéinothérapie (lait, tuberculine).

L'amélioration des malades se fit voir dans une proportion de 9 o/o avec la protéinothérapie, de 16 o/o avec la malaria et de 30 o/o avec le vaccin typhique.

La possibilité d'application de la malaria est très restreinte du moins en Turquie et cela par suite de 4 facteurs :

1° L'impaludation est difficile dans ce pays, les malades présentant envers la malaria une certaine immunité. Ainsi l'auteur a traité 23 cas de paralysie générale dont les 17 avec 5-15 centimètres cubes de *tertiana* injectés dans la veine et les 6 cas avec ce même sang injecté dans les muscles. Seulement 2 malades répondirent par 12 accès de fièvre. Quant aux autres : 3 firent 5 accès, 6 firent 3 accès, 2 firent seulement un accès; chez tous ces derniers malades les accès s'éteignirent spontanément. 10 malades ne réagirent pas du tout à l'inoculation. En outre 2 malariques gardés à l'hôpital comme souche de *tertiana* pure, ont vu leurs accès disparaître sans recours à la quinine.

2° La difficulté de se procurer des souches fraîche de *tertiana* pure n'ayant pas été traitées par la quinine. D'entre tous les malariques ayant consulté Gül-Hané 20 o/o sont des *tertiana*, 5 o/o des *quartana*, 30 o/o des cas mixtes et 45 o/o sont des *tropica*.

3° Le fait que le médecin est incapable soit de provoquer soit d'arrêter avec sûreté les accès de fièvre.

4° La malaria en tant qu'infection en état d'activité, peut donner lieu à des complications graves,

Aussi pour ces multiples raisons l'auteur a-t-il donné la préférence au vaccin typhique. Ce vaccin est facile à préparer, il se conserve longtemps, il peut être appliqué au moment où on le désire, ne donne pas lieu à des troubles ou à des complications et coûte bon marché.

Le vaccin préparé par la méthode de Vincent n'a pas donné à l'auteur l'élévation de température désirée. Celui préparé par la méthode de Besredka a provoqué des troubles accidentels. Aussi l'auteur fait-il préparer dans le laboratoire de Gül-Hané un vaccin dont il décrit le mode de préparation, la dilution, les indications et contre-indications.

R. Abimelek.

2e Rapport : **La question du traitement de la paralysie générale par la malaria en Turquie,** par Fahreddine Kebim Kokay. *Istanbul Seririyati,* 1935, n° 1, pp. 5-15.

Après un court aperçu sur l'historique de la malariathérapie, l'auteur signale la nécessité en Turquie de classer les impaludés en 2 catégories : *a*) les réfractaires de l'impaludation, *b*) ceux qui répondent à l'inoculation. D'après une statistique d'Ihsan Chukru 29 o/o des hommes et 18 o/o des femmes sont en Turquie réfractaires à la malariathérapie. Ce fait est dû à une certaine immunité acquise contre cette maladie si répandue il y a encore peu temps dans notre pays.

Les résultats obtenus par l'impaludation présentent les variations suivantes :

1° Amélioration franche.
2° Amélioration moyenne.
3° Amélioration faible.
4° Pas d'amélioration.
5° Mort au cours du traitement.

De 1926 à mai 1933 sur 53 cas de paralysie générale traités par la malaria, la clinique universitaire de psychiatrie a noté 12 améliorations franches, 15 améliorations moyennes, 4 morts au cours du traitement, 10 morts après le traitement et 10 cas n'ayant présenté aucun changement ; ce qui fait 22,6 o/o d'améliorations franchee et 28,3 o/o d'améliorations moyennes.

L'Institut de Bakirkœy a traité par la malaria :

en 1929. . . .	45 paralysies avec 34,5	o/o d'améliorations.
en 1930. . . .	73 paralysies avec 28,4	o/o d'améliorations.
en 1931. . . .	52 paralysies avec 21,11	o/o d'améliorations.
en 1932. . . .	90 paralysies avec 12,2	o/o d'améliorations.

R. Abimelek.

3e Rapport : **La pyrétothérapie de la paralysie générale, en dehors de la malaria et du vaccin typhique,** par Huseyin Kenan. *Istanbul Seririyati,* 1935, n° 1, pp. 16-18.

Certaines raisons comme par exemple l'artériosclérose, une haute tension artérielle, une insuffisance rénale ou hépatique, une cardiopathie obligent parfois le médecin à éviter l'impaludation.

D'ailleurs l'inoculation de malaria *tertiana* a donné lieu ici à de graves accidents, par le fait que plusieurs donneurs, malgré tout examen, étaient porteurs de *tropica*. L'auteur a vu aussi des cas de délire psychosique à la suite de l'impaludation. Chez une partie des malades l'impaludation n'a donné lieu à aucun accès de fièvre ; chez quelques-uns 3 ou 4 accès consécutifs se sont éteints sans traitement. Plusieurs malades ou leur entourage ont refusé l'impaludation.

Entre 1926 et 1927 l'auteur a employé la tuberculine chez 40 malades Le résultat obtenu ne fut pas meilleur que chez les malades traités avec l'arsenic et le mercure. Au contraire la terminaison fatale a paru survenir bien plus prématurément.

D'autre part 17 malades furent traités par des injections de lait; 22 o/o en sont morts ; 33 o/o n'ont vu aucun changement ; 40 o/o se sont améliorés. Mais cette amélioration n'a pas été telle qu'elle put permettre aux malades la reprise de leur travail.

10 malades furent traités par des injections de pyrifer. Un de ceux-ci, après une rémission d'un an et demi, est mort au cours de l'impaludation. Un second malade s'est suicidé au cours d'un accès. Chez 5 malades l'amélioration se maintient. R. Abimelek.

4e Rapport : **Le cerveau des impaludés,** par Ihsan Chukru Sezer. *Istanbul Seririyati*, 1935, no 1, pp. 18-31.

L'auteur a examiné jusqu'en 1933 10 cas qu'il a répartis en 3 catégories :

1er groupe : 6 malades morts au cours du traitement.

2e groupe : 3 malades morts après une longue période de rémission.

3e groupe : Un malade mort à la suite d'une septicémie avant la pyrétothérapie.

L'auteur signale le résultat des recherches histologiques pour chacun de ces malades. On peut dire en résumé que le cerveau des sujets du premier groupe présente une infiltration et des troubles de dégénérescence. Chez un malade du second groupe l'infiltration de la couche corticale fait presque défaut. Les troubles de dégénérescence sont minimes. On voit des vaisseaux infiltrés au niveau des méninges, pas de spirochètes. Chez un autre malade du même groupe on constate une infiltration moyenne de la couche corticale, des troubles de dégénérescence et des spirochètes.

Tandis que les malades traités avec la malaria, présentaient une atténuation des troubles histologiques. 2 malades traités avec le vaccin typhique et 2 autres morts de septicémie ne firent voir aucune amélioration dans la structure de leur cerveau.

Les spirochètes ont été constatés dans une proportion de 73 o/o des cas chez les non-traités, et de 29 o/o chez les traités, ce qui démontre que la pyrétothérapie aurait une action directe contre ces agents pathogènes.

R. Abimelek.

5e Rapport : **Les réactions sérologiques dans la pyrétothérapie,** par Nechat Halil Oztan. *Istanbul Seririyati*, 1935, n0 2, pp. 33-38.

L'auteur a examiné entre 1933 et 1934 le liquide céphalo-rachidien de 300 cas de paralysie générale. Il déduit de ces observations, que l'amélioration clinique consécutive à l'impaludation va de pair avec une amélioration sérologique : le nombre des cellules et l'albumine diminuent ultérieurement avec la continnation du traitement, les réactions au benjoin et à l'or colloïdal ainsi que le Wassermann tendent de plus en plus vers la négativité.

20 malades jusque-là récalcitrants au seul traitement spécifique et traités par le vaccin typhique, ont vu leurs réactions de Wassermann et de Kahn devenir négatives. R. Abimelek.

Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii (Moscou).

Seize années de lutte contre le vénérisme dans la région de Léningrad, par A. Martinkévitch. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, nº 5, 1934, pp. 397-402.

L'auteur trace l'historique du développement des institutions vénéréologiques de la région de Lénigrad depuis l'ancien régime jusqu'en 1933. Dans l'ancienne Russie, la lutte contre les maladies vénériennes était organisée d'une manière insuffisante et irrationnelle. Les données statistiques étaient incomplètes et ne concernaient que les prostituées, les prisonniers et les militaires. Les ambulances et les services antivénériens n'étaient situés que dans les villes et étaient insuffisants pour soigner et hospitaliser les malades. La fréquence de la syphilis dans la région de Léningrad pendant la période de 1903 à 1914 variait, suivant les endroits, de 23,5 à 114,4 cas pour 10.000 habitants.

Après la Révolution de 1917, la lutte contre les maladies vénériennes a été menée par une commission, puis par un conseil vénéréologique de Léningrad qui se composait des professeurs et médecins compétents. Mais ce conseil, ainsi que les organes de la Santé qui lui ont succédé, ont été obligés, de 1918 à 1922, de lutter contre les épidémies entraînées par la guerre civile et le vénérisme a été à cette époque moins combattu.

Depuis 1922, la lutte antivérénienne est menée par les dispensaires qui commencent à s'organiser. Ces organismes mènent une lutte acharnée contre les maladies vénériennes non seulement au point de vue curatif, mais aussi prophylactique et social. Ils expédient des détachements vénéréologiques à la campagne pour y étudier et combattre les maladies vénériennes. On ouvre des stations antivénériennes dans les localités les plus affectées, on procède à l'instruction sanitaire de la population, on augmente le nombre des lits destinés à recevoir les vénériens contagieux, tant en ville qu'au village. Les médecins de tous ces dispensaires se réunissent périodiquement, échangent entre eux les résultats statistiques, thérapeutiques, sociaux, prophylactiques et élaborent en commun le plan de l'activité générale ultérieure. Depuis 1930, la lutte antivénérienne est dirigée par l'Institut Dermato-Vénérologique Régional de Léningrad qui possède les cadres scientifiques et pratiques les plus qualifiés. La baisse du vénérisme résultant de toutes ces mesures peut être illustrée ainsi : la syphilis en 1928 atteint 43,7 sur 10.000 habitants ; en 1929, 30,8 ; en 1930, 25,4 dans la ville de Pskov. Le vénérisme dans la région de Léningrad a baissé de 24,2 cas pour 10.000 habitants en 1928 à 13,6 en 1932, la syphilis a diminué de 17,6 pour 10.000 habitants en 1928 à 9,4 en 1932. La lutte n'est pas terminée, elle se poursuit encore de plus belle.

Bermann.

Essai sur le travail d'une brigade dermato-vénéréologie dans la sphère d'activité d'une station de machines et de tracteurs agricoles, par E. M. Lévine, J. M. Lévine, M. M. Lévine, M. S. Rabinovitch et W. P. Sourgik. *Sovietsky Vesnik Venerologii i Dermatologii*, nº 5, 1934, pp. 402-408.

Pendant le printemps et l'été 1933, les auteurs ont organisé le service médical et sanitaire dans un territoire peuplé par plus de 20.000 habitants répartis en 24 économies collectivisées. A titre prophylactique, ils ont examiné 8.365 personnes parmi lesquelles on a trouvé 52 malades vénériens (0,62 o/o) dont 30 syphilitiques (0,35 o/o) et 22 blennorragiques (0,26 o/o). La blennorragie comprenait 6 cas aigus et 16 chroniques. Les cas de syphilis étaient les suivants : chancre dur, 3 cas ; syphilis secondaire récente, 3 cas ; récidivante, 2 cas ; latente 8 cas ; syphilis tertiaire gommeuse, 6 cas ; latente, 4 cas ; hérédo-syphilis, 4 cas. Les malades syphilitiques ont reçu des cures mixtes néo-bismuthiques. Les malades blennorragiques ont été soignés par des lavages urétro-vésicaux, etc.

Parmi les 65 ouvriers attachés aux tracteurs, 58 (90 o/o) ont présenté une acné professionnelle des avant-bras, les orifices des follicules pileux étant entourés par des formations cornées rappelant la kératose pilaire ; on a trouvé aussi des papulo-pustules et des comédons. Çà et là on a constaté aussi des folliculites aiguës et subaiguës à centre déprimé ayant les caractères du bouton d'huile. Ces éléments sont provoqués par les huiles de graissage et les auteurs ont recommandé aux chauffeurs d'observer une hygiène individuelle rigoureuse et d'attacher les manches des vêtements lorsqu'ils graissent ou travaillent sous le tracteur qui laisse s'écouler des huiles.

Les tractoristes ont présenté aussi d'autres lésions cutanées sous forme de kératodermies plantaires parfois douloureuses. C'étaient des callosités aplaties, parfois fissuraires. Ces lésions s'expliquent par le desséchement de la peau sous l'influence du volant de fonte chauffé par le soleil et par sa distension après le travail, ce qui produit des rhagades. Les auteurs ont conseillé d'envelopper le volant avec une étoffe ou d'y mettre une jante de bois ne conduisant pas la chaleur. BERMANN.

Contribution à l'étude de l'influence des couleurs de laque sur la peau des ouvriers de l'industrie du bois, par A. S. ZÉNINE. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 5, 1934, pp. 408-415.

Après avoir rappelé les notions élémentaires sur les laques et les procédés de vernissage, l'auteur rapporte ses observations basées sur l'examen de la peau de 36 ouvrières âgées de 19 à 29 ans et travaillant comme polisseuses avec les mains nues. Dans 20 cas, il a constaté des dermatoses dont 19 étaient localisés aux mains et un à la figure. Mais presque toutes les ouvrières présentaient aux mains des callosités, de la desquamation et des rhagades de caractère non spécifique. La peau des mains était habituellement rouge-brun, surtout aux doigts. Les ongles étaient également colorés, mais leur bord libre présentait une bande jaune étroite. La peau de la paume de la main droite tenant le chiffon imbibé de laque avec lequel on frictionne les objets à laquer est épaissie, ses sillons sont effacés. Les ouvrières ne présentant pas de dermatose ont du prurit. La dermatose professionnelle dure ordinairement plusieurs mois. Elle débute dans des délais variant de 2 semaines à 2 mois

après le commencement du travail. Le début se fait autour des rhagades où pénètrent les substances irritantes. La localisation de la dermatose s'observe aux plis interdigitaux, au dos de la main et à la face d'extension de l'avant-bras. Les malades accusent du prurit et une sensation de brûlure modérés. La dermatose est intense et récidivante chez les unes et faible chez les autres qui après la desquamation voient leur peau revenir à la normale. Dans les cas intenses la peau est œdémateuse, rouge, prurigineuse, souvent couverte de vésicules et bulles après l'ouverture desquelles la surface dénudée est suintante ou recouverte de croûtes par infection secondaire.

Dans le but d'étudier la sensibilisation de la peau envers divers ingrédients des laques, l'auteur a procédé à des tests sur la peau scarifiée. Les personnes ne maniant pas les peintures de laque ont présenté des résultats négatifs de ces épreuves. Chez les ouvrières, on a constaté que les substances irritantes sont l'alcool méthylique et le mordant de noix. Certaines ouvrières présentent après la maladie une peau désensibilisée, réfractaire aux agents irritants. La préparation de la laque avec de l'alcool rectifié fait baisser le nombre des cas de ces dermatoses. Le traitement qui convient le mieux consiste en compresses à l'eau de Goulard ou à la liqueur de Burov.

A titre prophylactique l'auteur préconise la ventilation des locaux, le port de vêtements imperméables et de gants, de se servir de chiffons mous et propres et d'employer des laques de première qualité. Après le travail, les mains doivent être lavées à l'eau chaude et ointes de vaseline ou de lanoline. Les rhagades doivent être protégées au collodion. Les personnes prédisposées aux dermatoses ne doivent pas s'occuper des laques, BERMANN.

La paraffinothérapie en dermatologie, par S. A. GLAUBERSON. A. R. KIRITCHINSKY et E. J. KITCHINA. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 5, 1934, pp. 415-421.

Les auteurs se servent de la paraffine blanche du commerce fusible à 55°. Après l'avoir fait fondre au bain-marie, on l'étend sur la région traitée soit à l'aide d'un pinceau, soit à l'aide d'une spatule, soit en éclaboussant ou en projetant le produit en gouttes sur l'endroit soigné, selon la grandeur ou la situation de celui-ci. La couche de paraffine doit avoir de 1 à 2 centimètres d'épaisseur, on la recouvre de papier paraffiné et on enveloppe avec une couverture. Les séances d'application se font tous les 2 jours, en élevant progressivement la température du produit d'un degré, en commençant par 52° et atteignant 60° qu'on ne dépasse pas et en augmentant la durée de chaque séance de 5 minutes, en commençant par 30 et en atteignant 60 minutes qu'on ne dépasse pas. Le nombre des séances varie de 20 à 30. La paraffine employée est enlevée, lavée, desséchée, stérilisée par un chauffage à 100° et est utilisée de nouveau, de sorte que c'est une médication bon marché, économique, car les pertes ne sont que de 5 à 7 o/o à chaque séance. Seule, l'applica-

tion de la première couche paraffinée entraîne parfois une sensation de brûlure, mais les couches successives provoquent une chaleur agréable. Après la séance, la peau traitée est pâle ou rose-pâle, chaude et transpire abondamment surtout en cas d'amélioration du processus. Souvent on observe une accélération du pouls, une sudation générale et des variations passagères de la température du corps. La paraffine permet l'application d'une température plus élevée que les autres agents thermiques. Au refroidissement, elle comprime la peau en prévenant la parésie des vaso-moteurs qui a lieu avec l'usage des hautes températures. La paraffine en se refroidissant dégage de la chaleur et la conserve longtemps au même niveau.

Les auteurs ont appliqué avec succès la paraffinothérapie dans des cas d'alopécie en aires, d'eczéma chronique, de dermatoses prurigineuses, de psoriasis, de sclérodermie, d'arthralgies et d'arthrites. Partout, la paraffine a exercé uneffet pilogène, pilo-excitateur, calmant, antiprurigineux, kératoplastique, cicatrisant, résorbant, analgésique. Les arthrites blennorragiques se sont résorbées par la paraffine et les auteurs pensent l'essayer aussi dans les épididymites. Pour les prostatites, ils croient possible son introduction rectale dans des réservoirs élastiques, afin d'obtenir une action calmante et antiphlogistique. BERMANN.

Le rôle du traumatisme dans la production des affections pyodermiques dans les conditions de l'industrie de la construction des machines, par L. N. MASCHKILLEISSON, J. L. GOUTINA, I. E. BRONCHTEIN et W. I. FELDMANN. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, nº 5, 1934, pp. 421-434.

Après avoir exposé les données générales sur les méthodes d'étude des traumatismes cutanés dans des usines métallurgiques fabriquant des établis, les auteurs rapportent des chiffres montrant la fréquence des contusions, égratignures, coupures, brûlures, blessures, callosités, corps étrangers, etc., de la peau des différentes espèces d'ouvriers travaillant dans diverses sections de l'usine et décrivent la manière de production de ces traumatismes causés par les instruments maniés par les travailleurs ou par les matières employées à la fabrication.

Sur 512 ouvriers examinés, dont la moitié est âgée de 17 à 23 ans et a déjà eu des pyodermites dans le passé, les auteurs ont constaté 51 cas de pyodermite (10 o/o) résultant de traumatismes divers. Dans 88 o/o la pyodermite siège aux parties découvertes et dans 17 o/o aux parties couvertes. Les pyodermites se présentaient sous forme de furoncles, follicutites, panaris et impétigo, le plus souvent localisés aux doigts. La pyodermite a toujours été consécutive à un petit traumatisme (microtraumatisme) que les ouvriers négligent habituellement et pour lequel ils ne consultent même pas l'infirmier de l'usine. La prophylaxie des pyodermites consiste en soins de ces petits traumatismes qui entraînent dans la suite des complications nécessitant une interruption temporaire du travail. La pyodermite provient non seulement du traumatisme mécanique, mais aussi chimique par irritation des mains par des substances et huiles corrosives, etc.

Les auteurs proposent d'améliorer les douches, les lavabos à l'usine, d'augmenter l'emploi de l'eau chaude et du savon pour le lavage des mains au lieu des mélanges corrosifs, de mécaniser certains processus, de surveiller l'état des instruments et de désinfecter la moindre égratigure ou coupure par l'infirmier de garde de l'usine. La teinture d'iode ou la solution alcoolique de vert de brillant à 1 o/o et un petit pansement suffisent au début pour prévenir une pyodermite.

BERMANN

Contribution à la pathogénie de l'ulcère aigu de la vulve, par S. K. ROSENTAL. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 5, 1934, pp. 434-438.

Après avoir cité les données bibliographiques relatives à l'ulcère aigu de la vulve et au rôle étiologique du *Bacillus crassus*, l'auteur qui a observé plusieurs cas personnels de cette affection rapporte ses recherches sur l'étiologie et la pathogénie de cette maladie.

Dans deux cas où il a obtenu des cultures pures de *B. crassus*, la réaction d'agglutination était négative, la réaction de fixation de complément, douteuse, mais l'intradermo-réaction était positive dans un de ces cas et douteuse dans l'autre. Or, un microbe non pathogène pullulant dans l'ulcère dont il n'est pas l'agent vient néanmoins provoquer par rapport à lui-même un état d'hypersensibilité.

Dans un cas concernant une femme de 24 ans dont le mari et les deux enfants étaient bien portants il y avait un ulcère aigu de la vulve associé à des lésions aphteuses de la bouche et à des éléments cutanés des extrémités identiques à l'érythème noueux. Cet état avait été précédé de fièvre et de courbature générale. Le *B. crassus* fut constaté dans les lésions génitales et buccales, mais pas dans les coupes de la nodosité cutanée excisée. L'étude histopathologique a montré une couche cornée normale, des infiltrats des couches-papillaires et sous-papillaires composés de cellules variées, des vaisseaux dilatés et thrombosés, la séparation de l'épiderme et des papilles. Ce cas est analogue à d'autres déjà observés, mais l'auteur en tire des conclusions différentes.

La biopsie montre que le tableau histologique contient des foyers septiques et septico-allergiques dont l'origine n'est pas exogène, mais endogène, hématogène. Le début de la maladie montre qu'il s'agit d'un processus non local, mais général, infectieux. La porte d'entrée n'est pas l'ulcère vulvaire, mais la lésion est une métastase, une localisation de l'infection qui procède en débutant par les couches profondes de la peau.

Le *B. crassus* provoque cette infection, mais elle peut aussi être provoquée par d'autres microbes, car on ne le trouve pas dans tous les cas d'ulcère aigu de la vulve, maladie dont l'étiologie est variable et complexe.

BERMANN.

Tuberculose cutanée familiale, par I. G. SIMON et S. A. SYRKINE. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 5, 1934, pp. 438-446.

Les auteurs procèdent à une étude bibliographique et personnelle de

la tuberculose cutanée familiale, car cette question n'est pas encore éclairée spécialement, mais seulement en passant. En Russie, on n'a décrit jusqu'ici que deux cas.

Sur un matériel de 2.500 cas de tuberculose cutanée observée à l'Institut de la tuberculose cutanée de Moscou, les auteurs ont trouvé 44 cas de tuberculose cutanée familiale, donc 1,76 o/o. Ces 44 cas concernent 91 personnes dont 39 hommes (43 o/o) et 52 femmes (52 o/o). Les statistiques de l'Institut de Moscou se rapportant à une période de 10 ans montrent seulement une légère prédominance des femmes sur les hommes. Ces malades avaient des âges variables : de quelques mois à 20 ans au moment du commencement de leur affection qui dure chez eux de quelques mois à plus de 10 ans. La plupart des malades sont des paysans ; 35 cas familiaux (79 o/o). D'après les rapports de parenté, on constate que les cas familiaux se rencontrent le plus souvent chez des frères et des sœurs (25 groupes avec 51 malades), puis beaucoup plus rarement chez des parents et des enfants (14 groupes avec 30 malades) et encore plus rarement chez des parents éloignés (5 groupes avec 10 malades). Parmi les 44 cas cités, on trouve 3 cas où la maladie a été observée chez 3 membres de famille et 41 cas où la maladie a été constatée chez 2 membres de famille. Sur ces 44 cas, dans 27 cas c'est le lupus vulgaire qui a été enregistré chez tous les membres de famille, dans 9 cas, c'est le scrofuloderme chez l'un et le lupus chez l'autre membre de la famille, dans 6 cas, c'est le scrofuloderme chez tous les malades, dans 1 cas c'est la tuberculose papulo-nécrotique chez tous et dans 1 cas, c'est le lupus et le scrofuloderme chez l'un et la tuberculose verruqueuse de la peau chez l'autre. Parmi les 25 cas familiaux observés à l'Institut, dans 13 cas tous les membres de chaque famille avaient la forme ulcéreuse, dans 5 cas la forme plane, dans 6 cas des combinaisons de lupus et dans 1 cas le scrofuloderme Dans 10 cas, à part la même forme, tous les membres de chaque famille avaient même la localisation identique. Dans 20 cas, les membres de chaque famille présentaient une marche analogue du processus, une répartition semblable des éléments, la même composition du sang et des réactions identiques à la tuberculine, ce qui parle en faveur des mêmes particularités constitutionnelles et biologiques chez les membres d'une même famille, ainsi que des conditions hygiéniques et de vie des parents malades. Parmi 20 cas de tuberculose familiale, on a trouvé dans 9 cas (45 o/o) des sujets éliminant des bacilles de la tuberculeuse, ce qui a peut-être pu exercer un effet sur la transmission de la tuberculose en général et cutanée en particulier, mais les données de l'Institut s'opposent à cette opinion que certains auteurs acceptent.

BERMANN.

Essais d'étude de la réaction de la peau et du sang sous l'influence des piqûres des phlébotomes, par W. M. KAZAKOFF. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 5, 1934, pp. 447-450.

La maladie à papatacci est encore peu étudiée et les manifestations

cutanées produites par les piqûres de phlébotomes le sont encore moins, les descriptions étant rares et contradictoires. Les données qui vont suivre sont basées sur l'expérience personnelle de l'auteur qui a travaillé un certain temps à Nakhitchévan (Azerbaïdjan, Caucase). La maladie à papatacci ou fièvre de trois jours (ne pas confondre avec la fièvre tierce du paludisme) transmise par les différentes espèces de phlébotomes femelles (les mâles ne boivent pas de sang et ne transmettent pas de maladies) n'est pas en rapport direct avec l'intensité des lésions cutanées provoquées par les piqûres de ces insectes. Les malades fiévreux peuvent avoir des téguments presque intacts et *vice versa,* on rencontre des malades présentant des altérations cutanées très prononcées et n'ayant jamais eu de fièvre d'été. Cette maladie débute par des signes prodromiques, puis survient une fièvre à 39° et plus qui dure 2-3 jours, avec une faiblesse générale, une courbature et des myalgies. Les phlébotomes volent depuis le commencement de juin jusqu'au milieu d'août. Ils piquent tout le temps, mais surtout aux heures vespérales et calmes. Ils attaquent surtout les personnes à peau délicate et les enfants. L'auteur a étudié l'évolution des manifestations cutanées sur sa propre peau, en se laissant piquer par des phlébotomes. La piqûre du dard provoque une douleur aiguë qui diminue ensuite. La succion du sang dure 1-1 minute 1/2. La sensation de brûlure se localise non seulement à l'endroit de la piqûre, mais s'irradie souvent à une grande distance. Une demi-minute après l'envol du phlébotome le point piqué se couvre d'une tache rouge minuscule qui en 10-15 minutes se transforme en papule qui régresse au bout de 1 heure, le lieu de la piqûre reste visible, sous forme de point rouge, pendant [illegible] jours. Mais chez certaines personnes la peau se couvre de papules, d'éléments urticariens, de vésicules, de bulles de diverses grandeurs qui, grattés, sont suivis de croûtes impétigineuses par infection secondaire. A cet état, la peau présente un aspect de maladie de Durhing. En cas de localisation des vésicules aux mains et aux pieds, on pense à la dysidrose. Les nouveau-nés piqués par le phlébotome présentent parfois un tableau clinique analogue au pemphigus des nouveau-nés. Les manifestations cutanées durent longtemps, 1 à 3 mois. Au début, on trouve dans le sang une éosinophilie de 4 à 7 o/o, qui augmente jusqu'à 18 o/o. Le contenu des vésicules et bulles ne renferme pas d'éosinophiles, ce qui permet de différencier la dermatose de la dermatite de Duhring. A titre curatif, l'auteur préconise les injections intraveineuses de chlorure de potassium à 10 o/o et des topiques divers. Il faut surtout désinfecter les locaux avec de la formaline, du crésol, se frictionner avec des parfums et de l'essence de térébenthine, installer des ventilateurs électriques et des moustiquaires serrées.

BERMANN.

L'analyse des causes de mortalité des enfants syphilitiques héréditaires, par TSARÉWSKAÏA. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 5, 1934, pp. 450-459.

Les données de l'auteur se rapportent à une période de 8 ans (1924-

1931) durant laquelle le service pour enfants hérédo-syphilitiques a hospitalisé en tout 545 malades. Sur ce nombre, 204 enfants ont succombé ce qui fait une mortalité générale de 31,6 o/o qui a oscillé selon les années de 20,2 à 32,9 o/o. Ce sont les nourrissons au-dessous de 3 mois qui composent la majorité des cas soignés au service. Plus l'enfant est petit, plus il est guetté par la mort. En effet, dans les premiers 5 jours après l'entrée 55 sont décédés (27 o/o), dans les premiers 10 jours, 40 (20 o/o), dans le premier mois, 53 (26 o/o), dans les 3 premiers mois, 22 (10,8 o/o), dans les premiers 6 mois, 10 (5 o/o), dans les premiers 9 mois, 6 (3 o/o), dans la première année, 6 (3 o/o), au-dessus d'une année, 4 (2 o/o). Si l'on soustrait les 55 enfants ayant succombé dans les 5 premiers jours après leur entrée, il reste 149 cas de décès, donnant une mortalité moyenne de 23,1 o/o.

Dans 62,3 o/o des cas la syphilis était ignorée des mères. Presque toutes les femmesa vaient une forme latente de syphilis. Sur 484 grossesses enregistrées chez 132 femmes, 82 enfants sont restés en vie, le coefficient de l'effectivité des couches est donc égal à 16,9 o/o. Chaque femme a en moyenne 3,6 grossesses. D'habitude, ce sont les enfants des 4 premières grossesses qui succombent. Si l'on songe au fait que la majorité des femmes a moins de 30 ans, l'on voit le rôle prophylactique du dépistage de la syphilis aux consultations prénatales et de son traitement précoce et énergique. Sur 162 femmes, 25 seulement (15,5 o/o) ont été traitées, et encore d'une manière insuffisante et irrégulière.

L'âge des enfants décédés se répartit ainsi, jusqu'à un mois, 23 (11,2 o/o), jusqu'à 2 mois, 37 (18,1 o/o), jusqu'à 3 mois, 53 (26 o/o), de 3 à 6 mois, 48 (23,5 o/o), de 6 à 12 mois, 18 (8,8 o/o), au-dessus d'un an, 25 (12,2 o/o) ; 65 o/o d'enfants sont arrivés à l'état grave et d'hypoalimentation, mais cet état de sous-alimentation s'est installé au bout de quelque temps après l'accouchement. Presque tous les enfants étaient allaités au sein et traités selon la durée de leur séjour au service.

Parmi les enfants ayant succombés au cours de leur première année, on trouve des accidents cutanés dans 65,3 o/o des cas, muqueux dans 71,9 o/o, hépatiques dans 85,6 o/o, spléniques dans 75,1 o/o, osseux dans 34 o/o, Bordet-Wassermann positif dans 58 o/o des cas.

Parmi les enfants décédés âgés de plus d'une année, on trouve des accidents cutanés chez 7 o/o, hépatiques, 73,3 o/o, spléniques, 60 o/o, rénaux, 25 o/o, anémiques, 50 o/o.

Les affections surajoutées chez les enfants des deux groupes ont été l'otite dans 37,2 o/o des cas, la pyodermite, dans 37.9 o/o, la septicémie dans 42,5 o/o et la pneumonie, dans 58,1 o/o. BERMANN.

La pathogénie des anomalies pigmentaires stables de la peau de caractère salvarsanique, par A. J. WILENTCHOUK. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii* n° 5, 1934, pp. 459-463.

Les deux cas de l'auteur concernent des malades syphilitiques, une femme de 23 ans et un homme de 32 ans qui sont porteurs d'une

éruption cutanée généralisée constituée par des éléments brun foncé de dimensions variables à contours irréguliers et à surface normale. La dermatose a commencé le lendemain de la 3e (chez la femme) et de la 5e injection intraveineuse de néo (chez l'homme) lors de la première cure, il y a 3 ans (chez la femme) et 4 ans (chez l'homme), lorsqu'ils ont contracté la syphilis, mais il s'egissait de taches hypérémiées, surélevées et prurigineuses au début. Au bout de 8 jours, les taches se sont pigmentées, mais après chaque nouvelle injection de néo elles « rougissaient », et on notait de la fièvre, des céphalées et de ln fatigue.

Mis au traitement mixte par le biochinol (Quinby russe) et le néo, la femme ayant une syphilis latente et l'homme présentant des accidents secondaires récidivants, réagissent dès la première injection de néo par des éléments érythémateux urticariens prurigineux et par de l'hypérémie à la périphérie des anciens éléments. Cette réaction cutanée a commencé au bout de 10 heures (chez la femme) et de 8 heures (chez l'homme) et s'est accompagnée de fièvre et de céphalées. Vu que cet incident survenait après chaque injection de néo et durait 2 jours, l'auteur a cessé le néo, ne traitant les malades qu'au bismuth.

Chez la femme, on a fait une biopsie d'un ancien élément pigmentaire. On trouve que la couche cornée est épaissie, la couche transparente est normale, la couche granuleuse ne contient qu'une rangée de cellules, la couche épineuse contient 3-5 étages des cellules à vacuolisation périnucléaire. La couche basale renferme des cellules ovales bourrées de pigment abondant. La couche papillaire est un peu effacée, les vaisseaux de la couche papillaire et sous-papillaire sont dilatés et entourés d'infiltrats de lymphocytes, fibroblastes et cellules irrégulières chargées de pigment. L'endothélium vasculaire est dissocié. Ce tableau est celui d'une mélanose arsenicale. Les modifications de la couleur des taches s'expliquent par les transformations de l'hémoglobine du sang extravasée dans l'épaisseur de la peau. La pigmentation durable existant depuis longtemps chez les malades décrits s'explique par des particularités de l'organisme impropre à la régénération des tissus lésés et à l'élimination du pigment retenu. BERMANN.

Albuminurie orthostatique et syphilis héréditaire, par L. I. STEIN. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 5, 1934, pp. 463-468.

Après avoir cité les données bibliographiques montrant les liens unissant l'albuminurie orthostatique à la syphilis héréditaire, l'auteur rapporte ses recherches faites dans ce domaine.

Dans 49 cas de syphilis héréditaire chez des enfants et adolescents de 10 à 17 ans, l'albuminurie orthostatique a été constatée dans 20 cas (40,8 o/o). Tout d'abord, l'albuminurie se rencontre plus souvent chez les filles que chez les garçons, puisque sur 23 garçons il n'y avait que 9 orthostatiques (39,1 o/o) et sur 26 filles, il y en avait 11 (42,8 o/o). Dans la majorité des cas, l'albuminurie orthostatique a été décelée chez des enfants ayant une constitution asthénique. L'âge influe sur l'albu-

minurie orthostatique qui se rencontre le plus fréquemment vers 14 ans donc à l'âge de la puberté. Ce symptôme est plus rare au-dessous et au-dessus de cet âge. L'albuminurie orthostatique se rencontre le plus souvent chez les hérédo-syphilitiques montrant des dystrophies variées (52,2 o/o), puis dans la syphilis congénitale manifeste (31,3 o/o) et ensuite dans l'hérédo-syphilis latente (25 o/o).

L'albuminurie orthostatique se rencontre plus rarement chez les enfants non syphilitiques. En effet, un groupe de 50 enfants du même âge que les 49 enfants hérédo-syphilitiques, n'a présenté cette affection que dans 7 cas (14 o/o) donc 3 à 4 fois plus rarement que dans la syphilis congénitale.

Chez 9 enfants hérédo-syphilitiques traités, l'albuminurie orthostatique a été découverte dans 3 cas (33,3 o/o) ce qui prouve l'inefficacité du traitement spécifique sur cette affection.

L'auteur considère l'albuminurie orthostatique comme une dystrophie hérédo-syphilitique du tissu rénal accompagnant le plus souvent d'autres dystrophies et ne s'améliorant pas par la médication spécifique.

BERMANN.

La plus nouvelle séro-réaction pour la syphilis : la réaction de clarification, par W. G. ARISTOWA. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, nº 5, 1934, pp. 478-482.

L'auteur décrit la réaction de clarification de Meinicke et rappelle ses avantages consistant en une lecture facile et simple de ses résultats qui se présentent sous forme de liquide clair en cas de positivité et opaque en cas de négativité.

Il a comparé cette réaction avec celles de Muller, Kahn, Sachs-Georgi, Sachs-Witebsky (citochol) et Bordet-Wassermann sur un matériel de 3.000 sérums syphilitiques et de 500 sérums non spécifiques. Dans les cas de 2.900 sérums syphilitiques, toutes les réactions ont montré des résultats concordants (96,7 o/o) et dans 100 cas (3,3 o/o), il y eut discordance. La réaction de clarification s'est montrée aussi sensible que les réactions de Muller et de Kahn, mais supérieure aux réactions de Bordet-Wassermann, de Sachs-Georgi et à la réaction citochol. Elle a cependant fourni 12 réponses positives non spécifiques sur les 500 sérums témoins (2,4 o/o), donc une proportion plus élevée que les autres séro-réactions.

BERMANN.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX



QUELQUES COMMENTAIRES A NOTRE CASUISTIQUE DE MYCOSIS FUNGOIDES (1)

Par le Prof. Jacques PEYRI (Barcelone).

Il est indispensable que la « casuistique » du mycosis fungoïdes soit connue de tous, puisque de l'étude de chaque cas particulier on peut déduire un enseignement qui peut servir pour explorer l'inconnu de l'étiologie et de la thérapeutique de cette maladie.

Nous rappellerons les principes qui nous ont guidé dans le commentaire des cas que nous présentons :

A) Discussion de la nature infectieuse ou néoplasique de la maladie.

B) Similitude du mycosis fungoïde et de la maladie de Hodgkin, thèse discutée dans la mémorable session de la Royal Society of Medecine de Londres en mai 1914 (2).

C) Probabilités de démonstration expérimentale.

D) Unité ou pluralité des espèces cliniques démontrée par la clinique et l'histologie.

E) Possibilité d'un isolement abortif dans les cas de tumeurs d'emblée.

F) Possibilités thérapeutiques.

1er cas. — I. B..., 50 ans. Naturel de Barcelone, mécanicien de profession. Il eut un eczéma à 25 ans, un ictère à 30 ans ; vivant à Valls, province de Tarragone, il acquit le paludisme qui lui dura 4 mois ; à 45 ans, trachome opéré.

Peu après cette intervention, il sentit des démangeaisons au dos et il apparut des taches qui devinrent pigmentaires et qui, au début, pou-

(1) Mémoire reçu en août 1934.
(2) *British Journal of Dermatology*, 1914.

vaient se confondre avec des plaques de *nevrodermitis* ; premiers éléments à la figure. A son admission à l'hôpital clinique (décembre 1910) le processus était très étendu avec des démangeaisons intenses et continues qui étaient la conséquence de l'épaississement de la peau, particulièrement en quelques endroits où elle était fortement grossie et escarrifiée en plusieurs points du tronc et de la figure ; dans toute l'étendue des bras, il existait des élévations d'un aspect de pulpe de tomate (fig. 1).



Fig. 1. — A remarquer qu'il a vu apparaître ses premières lésions à la figure et peu après une intervention chirurgicale pour trachome.

État général satisfaisant et formule hématique presque normale.

Diagnostic : *Mycosis fungoïdes forme érythrodermique*, période tumorale.

Thérapeutique : l'arsenic et les rayons X furent presque absolument impuissants pour améliorer la démangeaison et les tumeurs, les bains prolongés soulageaient le malade.

Mort après 14 mois de son entrée à l'hôpital par marasme et sans symptôme viscéral concret.

Autopsie : l'examen ne découvrit absolument rien dans le système viscéral macroscopique ni dans les organes hémato- et leucopoïétiques ; dégénération hyaline du rein.

2e *cas.* — J. Q..., de 24 ans. Naturel de Barcelone, violoniste. Le père mourut de cardiopathie ; la mère jouit de bonne santé ; il a deux frères bien portants. Toute la famille vit dans une habitation humide, obscure, sans ventilation, dans une arrière-boutique de la vieille Barcelone.

Le malade attribuait la présence des premières lésions érythémateuses après un coït qui eut lieu huit ou dix semaines auparavant, en mai 1917, mais l'examen ne révèle aucune lésion génitale, une étude attentive ne découvre rien de suspect dans les organes génitaux, sérologie négative.

Quand nous l'observâmes au commencement de septembre 1917, il présentait des épaississements cutanés, d'une couleur rouge violacé, écailleux, pigmentés, inégalement distribués, mais plus abondants aux membres, tronc, figure et cuir chevelu. Il se formait à quelques endroits des tumeurs de la grosseur d'un abricot, mais d'une couleur rouge violacé avec des points pigmentés, la peau dans les parties apparemment saines était jaunâtre et, à certains endroits, comme aux ouvertures naturelles, elle était très épaisse et d'une grande dureté.

Il n'y avait pas d'*adénites*, nous pensâmes à une leucémie cutanée, l'analyse du sang ne le confirma pas ; il y avait une légère *leucocytose* mais sans changement dans la formule.

Les thérapeutiques employées, utilisées avant nos observations sur la syphilis, les arsénobenzols, n'améliorèrent pas les symptômes.

Le malade fut atteint en octobre d'une fièvre typhoïde. A mesure que l'infection se développait, les épaississements disparaissaient. Les démangeaisons cessèrent et, après 32 jours de maladie, la peau reprit son état normal, coïncidant avec l'amélioration syndromique, mais à la 6e semaine, des entérorragies amenèrent la mort du malade.

Diagnostic : *Mycosis fungoïde* variété *lymphodermie pernicieuse de Kaposi.*

Commentaire notable : disparition des tumeurs et démangeaisons pendant la période typhoïdique ; sans nécropsie.

3e *cas.* — M. F..., 52 ans. Naturel de Granollers, bourrelier. Parents vivants d'un âge très avancé au moment du premier examen ; deux enfants bien portants ; pneumonie à 20 ans ; excepté quelques refroidissements, aucune maladie aiguë ni chronique.

A 50 ans, les premières plaques apparurent à la région temporale droite qui produisirent des squames et bientôt de l'alopécie, la deuxième plaque fut à la jambe gauche (fig. 2).

Quand nous l'observâmes en octobre 1919, le processus était presque général, il y avait quelques espaces de peau saine, et il présentait des desquamations diffuses, sur une base érythrodermique avec des épaississements différents de la peau. La desquamation et les formations érythrosiques la font ressembler à un *pityriasis rubra* de Hebra ; on

observe aux extrémités inférieures et au tronc sur les épaississements cutanés tumoraux l'aspect de tomate, caractéristiques de mycosis. État général satisfaisant, formule sanguine normale.



Fig 2. — *3e cas*. La pyrétothérapie a produit une rémission presque complète; le malade a survécu 10 ans.

Diagnostic : *Mycosis fungoïdes*, forme *érythrodermique* en période tumorale.

Traitement : instruit par l'expérience du 2e cas, on lui injecte le vaccin lipotyphique qui produisit une septicémie éberthienne qui dura près de quatre semaines, le malade, après la typhoïde, était pratiquement guéri des lésions et les démangeaisons avaient complètement cessé. Deux ans passèrent presque sans lésions ; en 1922, l'éruption reprit violemment et les tumeurs se présentèrent plus nombreuses qu'auparavant, la thérapeutique Röntgen fut inefficace.

Le malade meurt en 1926, près de 10 ans après le début et par complication pulmonaire intercurrente.

4e cas. — X. X..., de Oviedo, province des Asturies, 58 ans. Examiné en septembre 1919, en compagnie du Dr Moran ; célibataire, employé de commerce, a vécu longtemps à Cuba où apparut sa maladie. Il n'avait aucune maladie vénérienne, ni dermatose, ni infections tropicales.

Il y a 8 mois qu'il vit apparaître des taches érythémato-prurigineuses étendues sur le tronc et les membres, point initial de l'apparition.

Soumis à notre observation, nous distinguâmes une érythrodermie presque générale, de grandes plaques très prurigineuses et, en quelques points, excoriées et sécrétantes, de grandes tumeurs en forme de tomates aux extrémités, sur la tête et principalement sur le dos.

Rien de particulier par rapport au foie et la rate. Le malade avait des insomnies, des inquiétudes produites par les démangeaisons et par les sécrétions ; fatigue générale avec des signes cliniques d'insuffisance



Fig. 3. — *5e cas.* Premières manifestations près des organes génitaux ; formations tumorales dans la peau de l'abdomen principalement.

circulatoire avec dyspnée et tachycardie. La sérologie fut négative, de même que les cultures et l'étude des coupes au point de vue du processus phyto-parasitaire et microbien ; en histologie, les résultats correspondaient au mycosis.

Diagnostic : *Mycosis fungoïdes* de forme *érythrodermique* et de rapide développement.

5e cas. — R. C..., 55 ans, marié, sans enfant, typographe. Il entra dans le service en janvier 1933. Il raconte que son père mourut d'un ulcère à la jambe, sa mère vit. Il eut des ulcères génitaux qui engendrèrent des bubons qui s'ouvraient ; il a souffert de douleurs rhumatismales, postérieurement, il a eu un ictère et plus tard un érysipèle. Rien de particulier par rapport à son habitation ; depuis longtemps il vit dans une maison toute neuve, bien aérée et ensoleillée, il a subi des humidités dans un jardin qu'il possède à Montjuich. Il y a 6 ans apparut une éruption à l'abdomen d'aspect eczémateux, sans cause justificative de l'apparition, celle-ci s'est étendue, actuellement elle couvre presque tout le corps (fig. 3).

Il s'est formé de vastes plaques érythrosiques séparées par des espaces plus petits de peau saine ; à quelques endroits, l'épiderme s'est détaché et forme des plaques granuleuses d'aspect orangé. Il y a un an, des tumeurs ont commencé à apparaître surtout à l'abdomen, aux parties génitales ; elles offrent la forme de tomates ou de champignons. Rien de viscéral.

Diagnostic : *Mycosis fungoïdes* forme commune. Il est resté peu de jours à l'hôpital ; mort quelques semaines après.

6e cas. — A. R. F.., 45 ans, d'Igualade ; il a été tanneur, actuellement il est tailleur de pierres, marié, a deux enfants bien portants, femme saine, mère morte de cancer ; il vit dans une maison bien aérée, entré à l'hôpital le 18 décembre 1928. Aucun malaise ni maladie infectieuse, ni vénérienne, a joui d'une excellente santé jusqu'à l'apparition de la présente maladie il y a 6 ans.

Elle commença par la figure avec un *erythrosis eczematoides* qui lentement se généralise ; il y a un an apparut la première tumeur sur le cou, de nouvelles tumeurs se répandirent sur le tronc, diminuant progressivement le bien-être et la résistance du malade.

Les réactions sérologiques de fixation et floculation furent négatives. Formule hématique : *leucocytosis* 20.000 avec hypoglobulie propre des états cachectisants.

La thérapeutique Röntgen directe diminua un peu les tumeurs en septembre dernier, mais elles ont reparu accompagnées de démangeaisons. Le 20 du même mois, le mal empire et le malade succombe le 21 décembre en une crise d'abdomen aiguë (fig. 4 et 5).

Nécropsie : une chaîne de ganglions ou tumeurs mésentériques de grosseur qui oscille entre un haricot et une pêche ; on observe une

perforation du duodénum, placée sur une formation tumorale, d'aspect pareil aux tumeurs mésentériques ; histologiquement c'est un procès lymphoïde avec les éléments caractéristiques du mycosis fungoïde.

Le foie est de 1.800 grammes ; il y a, à la partie inférieure du foie, une formation tumorale pareille aux autres. La rate pèse 500 grammes. *Péricardite* adhésive, cœur hypertrophié et dégénéré.

Le poumon droit présente une cicatrice scléreuse au sommet de petits nodules noirs disséminés sur le lobe supérieur.



Fig. 4. — *6e cas.* Chaînes de ganglions ou tumeurs mésentériques; diagnostic histologique de tumeur mycosique.

Le poumon gauche : cavité dans le sommet malgré le manque d'antécédents ; s'est couvert d'une masse dure, scléreuse.

Plèvres adhérentes, la pariétale avec la viscérale, dans la partie extérieure et postérieure des deux poumons, fortes adhérences au sommet gauche.

7e cas. — J. C..., tanneur. Naturel de Vich, de 67 ans. Entré à l'hôpital en février 1927, sans antécédents personnels ni familiaux,

son père mourut à 72 ans d'une maladie gastrique, sa mère à 50 ans, de fracture de la base ; il y a trois ans, dans la région de la jambe comprise entre les jumeaux et le tendon d'Achille, il apparut un érythème à bords limités, en forme de macules un peu élevées, de couleur rouge sombre qui se détachait facilement et qui s'accompagnait de démangeaisons intenses ; après trois mois, d'autres éléments apparurent aux bras et, après un an, l'éruption était répandue sur tout le tronc.



Fig. 5. — 6e *cas*. Perforation duodénale, que produit une crise d'abdomen aiguë, cause de la mort.

L'état général est satisfaisant. Il y a une semaine, dans les régions latérales du tronc et du ventre, ont apparu des formations papuleuses d'une grosseur d'un grain de blé, qui produisent des formations nummulaires sur le dos et dans la région présternale.

Formule leucocytaire presque normale ; formule histo-pathologique de *mycosis fungoïdes* de forme érythrodermique.

8e cas. — Mme de C..., 36 ans. Deux enfants. Sans antécédents personnels ni héréditaires, l'habitation est parfaitement bien orientée, dans la petite ville où elle vit, avec jardin.

Elle présente au tronc, régions latérales, dos et avant-bras, une éruption d'aspect circiné et herpétiforme papuleux qui se fait vésiculo-bulleux dans certains endroits, démangeaison très intense, état général excellent.

Diagnostic initial de Dühring ; on lui prescrit arsenic et strychnine qui produisent une bonne amélioration. Quelques mois après la maladie réapparaît avec une nouvelle poussée et avec des éléments semilunaires papulo-tubéreux ; nous supposons l'évolution prémycosique, le traitement tuberculinique dans un but pyrétothérapique guérit la malade pour quelque temps.

De petites poussées sont dominées par la pyrétothérapie, la guérison totale persiste pendant deux ans, mais de nouvelles éruptions apparaissent et coïncident avec une nouvelle gestation, pendant laquelle on ne peut faire qu'un traitement local ; après l'accouchement, les éruptions se transforment en quelques points en élévations tumorales typiques de mycosis.

L'examen histologique dans les épreuves différentes démontre la tumeur de mycosis. Cinq ans après le commencement et peu après la délivrance apparaît un état cachectique qui fait supposer des localisations abdominales et dans un procès pulmonaire, la malade meurt. Pas d'autopsie.

9e cas. — R. P..., de Tarragone, 48 ans, mécanicien, marié ; il entra à l'hôpital en septembre 1933. Son père mourut à 90 ans d'apoplexie, la mère à 68 ans de cardiopathie. La famille eut 7 enfants dont deux vivants, le 5e et le 7e qui est le malade. Le premier mourut phtisique et des autres il ignore la cause.

Il mange et fume peu ; le travail est pénible, car il devait transporter des pièces très lourdes ; à 5 ans, il eut la rougeole et à 24 ans un rhumatisme poly-articulaire ; à 31 ans il eut une *adénite inguinale* qu'il ne croit pas vénérienne, complexion forte.

Il y a cinq ans, il eut une démangeaison générale très intense qu'il attribue à une sueur abondante, car c'était pendant l'été ; un jour il s'évanouit en se mouillant les pieds à la plage et deux jours après apparut une éruption sur la figure qui disparut par l'usage d'une pommade, mais la démangeaison persista.

Il y a huit mois, des plaques se formèrent sur le dos, particulièrement du côté droit, formant des lésions érythémato-papuleuses ou érythémato-tubéreuses, de couleur rouge obscur orangé, quelques-unes plus proéminentes, surtout l'une d'elles qui formait une tumeur de couleur et aspect de tomate escarrifiée, et même excoriée, la démangeaison continuait intense (fig. 6).



Fig. 6. — *9e cas*. Avant le traitement.



Fig. 7. — *9e cas*. Deux mois, après pyrétothérapie.

La sérologie de précipitation et de floculation négative, rien de particulier dans la quantité et dans la forme leucocytaire.

Traitement : on commence la pyrétothérapie avec *Dmelcos* jusqu'à 12 injections, les réactions fébriles sont très intenses, la démangeaison diminue et les tumeurs commencent à disparaître (fig. 7).

Un mois après, on commence la röntgenthérapie directe des tumeurs et indirecte du foie et de la rate, les tumeurs se cicatrisent et le malade sort de l'hôpital en décembre avec toutes les apparences externes de guérison complète (fig. 8).

En juin 1934, on continua la guérison des lésions locales du dos ; il



Fig. 8 — *9e cas.* 5 mois après avec pyrétothérapie et radiothérapie indirecte.

apparut un enchevêtrement globuleux dans la peau du crâne et dans la région maxillaire sans altération de la peau, une légère hépato-splénomégalie. La thérapeutique Röntgen fait disparaître les tumeurs en 5 jours.

Les commentaires qui découlent des cas antérieurs sont les suivants :

A) Que la fréquence du mycosis fungoïdes en Espagne est approximativement égale à celle des autres nations ; les neuf cas antérieurement considérés ont trait à huit hommes et à une femme ;

les conditions sociales sont très diverses; par rapport aux professions nous observerons qu'il y a deux tanneurs et un bourrelier. Que nous ne pouvons préciser aucun cas de contage, comme dans les deux cas cités par Gougerot, Burnier et Salmon où la communauté d'habitation des deux malades pouvait faire supposer le contage ; que nous ne pouvons déduire que ce soit le terme final d'une autre dermatose comme pourrait le conclure la discussion de mai 1914 à la Royal Society of Medicine ; les dermatoses qui précèdent le mycosis ne sont que les premiers aspects de la maladie, que ce soit érythrodermie, eczéma, parapsoriasis ou neurodermie.

B) Milian a renouvelé la demande de la Société anglaise et lui a répondu affirmativement : il croit à l'*identité* avec la maladie de Hodgkin après un cas très clair commencé par une érythrodermie prémycosique et terminé par des tumeurs et cellules de Sternberg ; nous ne pouvons rien préciser, à ce point de vue.

C) L'histologie nous enseigne les conclusions suivantes :

Dans la période prémycosique on trouve particulièrement dans les érythrodermies des nids cellulaires lymphocytaires très clairs, les enchevêtrements cellulaires du corps papillaire et dermique sont très limités (fig. 9 et 10).

On a l'impression de se trouver dans un follicule lymphocytaire primaire, la peau en fonction leucopoïétique.

Dans cette période la perte des glandes et phanères démontrée par leurs dégénérations histologiques est d'une très grande valeur.

Les groupements cellulaires dans les tumeurs sont enfermés dans un réticule fibreux riche en réticuline, et facilement démontré par les colorations de Rio Ortega ; cela ressemble beaucoup à l'enchevêtrement de la lèpre, fait observé par Pautrier et Woringer, mais l'étude de l'enchevêtrement fait apercevoir bientôt la différence. L'enchevêtrement est constitué par des lymphocytes particulièrement sur les bords et autour des vaisseaux lymphatiques et par les cellules caractéristiques (daugther-cellule Galloway et Mac Lead) qui sont un peu plus grandes que les lymphocytes, de noyau rond et à protoplasme avec des granulations basophiles ; il y a en plus des cellules plasmatiques, avec des granulations et des cellules géantes ovales à grand noyau; Pautrier a vu éosinophiles et mastleucocytes ; tout fait penser à l'origine endothéliale vasculaire

et pour cela au tissu réticulo-endothélial (Grynfelt, Margarot, Playmal (1)).

Le tissu fibreux est pénétré de proliférations de réticuline ; l'impression est que c'est un procès qui commence par état inflammatoire et se termine en lymphophatie et non en lymphome, c'est-à-dire prolifération lymphatique et non un lymphome.

D) Bodin et Mme Chevrel communiquent le 8 juillet 1926 à la



Fig. 9 — *Coupe du 9e cas.* Del Rio. On voit les groupements cellulaires enfermés dans un réticule fibreux, riche en réticuline.

Société française de Dermatologie la découverte d'un cocco-bacille qui produit des lésions tuberculoïdes.

Les cas des tumeurs d'emblée dont la guérison clinique date de plusieurs années font croire d'après Cabré Claramunt (2) et autres à l'existence d'un chancre.

(1) *Archives des Sciences médicales,* Montpellier, 1932.
(2) Myco-fongome initial, 1925, no 8-9. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie.*

Les éruptions érythrodermiques font supposer quelque origine interne qui prépare l'entrée de germes qui forment les tumeurs dans les cas communs commencés par une période cutanée prémycosique. Il est impossible d'admettre un principe microbien externe, sans tenir compte du processus de préparation interne, microbien

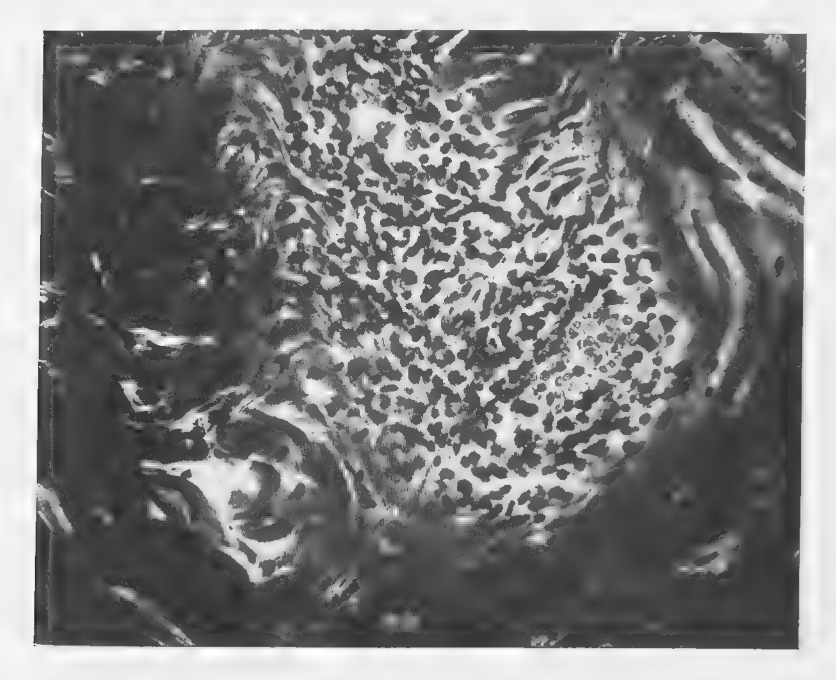


Fig. 10. — Un nid cellulaire mycosique avec plus grand grossissement.

ou non, qui sera la perturbation du tissu réticulo-endothélial, de la même façon que dans les leucémies c'est la rate ou la moelle osseuse.

E) Il est certain qu'il y a des formes comme la lymphodermie de Kaposi et la forme à tumeur d'emblée qui diffèrent de la forme commune et qui seraient : la lymphodermie rapprochée des leucémies, la commune, et la tumorale d'emblée la plus bénigne ; dans nos autopsies, seulement dans un cas nous avons observé des tumeurs viscérales avec de curieuses localisations mésentériques et avec perforation intestinale. Sans doute ces cas viscéraux correspondent à une intervention différente du système général sympa-

thique qui pourrait conditionner la division étiologique du procès, c'est-à-dire mycosis *sans intervention* et avec *intervention viscérale*, c'est-à-dire avec troubles du système folliculaire-lymphatique.

E) Le plus remarquable de nos observations c'est l'amélioration par les pyrexies, le fait n'est pas nouveau mais cependant il est tout à fait particulier par rapport à la typhoïde, relativement à l'application de notre thérapeutique.

Alibert rappelle un cas où l'érysipèle améliora le mycosis et dernièrement Mac Cormac (1) raconte un autre cas d'amélioration par suite de l'intercurrence d'un érysipèle.

Pringle (2) observa que durant le cours d'une pneumonie mortelle les tumeurs disparurent.

Galloway et Mac Lead (3) citent un autre cas où l'influenza améliora la mycose.

Dans notre deuxième cas la disparition des tumeurs et lésions cutanées prurigineuses et érythématoïdes fut parfaite pendant la deuxième semaine d'une typhoïde.

L'emploi pyréto-thérapeutique dans les cas 3, 8, 9 s'il n'a pas était définitif a eu cependant un excellent résultat, il faut donc recommander l'emploi de la pyréto-thérapie dans tous les cas des mycosis fungoïdes.

Dernières réflexions : 1° L'extirpation dans les cas localisés, ou de tumeurs d'emblée, l'extirpation avec ou sans radiothérapie doit être la règle (cas Cabré) aujourd'hui, dix ans après, sans récidive; 2° La Rœntgenthérapie directe est bonne, mais la rechute ne se fait pas attendre; la Rœntgenthérapie indirecte de la rate, foie, moelle osseuse, nous a donné des résultats supérieurs ou au moins plus durables que la directe.

Nous n'avons pas d'expérience personnelle des emplois du radon qui a donné de brillants résultats dans les cas d'Arthur Burrows (4).

(1) *British Journal of Dermatology*, p. 1567, 1933.
(2) et (3) *British Journal of Dermatology*, p. 221, 1914.
(4) *British Journal of Dermatology*, p. 87, 1932.

Travail du service de dermato-vénéréologie de l'Hôpital Wilhelmine
de Vienne
Directeur : Prof. Oppenheim.

L'ECZEMA DES GRANDS ENFANTS QUI LÈCHENT LEUR LÈVRE INFERIEURE

(LECKEKZEM = « ECZÉMA PAR LÉCHAGE ») (1)

Par M. OPPENHEIM et A. FESSLER

Nous avons eu l'occasion d'observer dernièrement chez quelques grands enfants un eczéma qui, du fait de sa localisation et de son étiologie, mérite d'être décrit, car il ne paraît pas avoir été signalé jusqu'à présent.

Il s'agit des quatre cas suivants qui furent soignés en partie dans clinique et en partie ambulatoirement.

Cas n° 1. — M. S..., fillette de 11 ans, présente depuis assez longtemps un eczéma de la lèvre inférieure. On constate une bande arciforme d'eczéma sec s'étendant d'une commissure à l'autre ; le bord supérieur atteint la demi-muqueuse rouge de la lèvre, le bord inférieur est nettement arrêté. Il existe quelques fissures sur la demi-muqueuse (fig. 1). La guérison est obtenue rapidement par des lotions boriquées.

Cas n° 2. — Fillette, âgée de 12 ans, entrée pour un impétigo de la face et des mains et un eczéma de la lèvre inférieure, datant de 15 jours. La lèvre inférieure est œdématiée, l'épiderme est rêche, il existe quelques petites croûtes. Une bande horizontale de 1 centimètre de large s'étend d'une des commissures labiales vers l'autre ; à son niveau la peau est rouge et présente d'épaisses croûtes jaunes grisâtres ; la lésion est nettement arrêtée dans sa portion inférieure, elle est séparée de la demi-muqueuse par une étroite bande de peau saine. Du côté opposé, elle dépasse légèrement la commissure et présente de petites squames adhé-

(1) Communiqué par Oppenheim à la *Soc. Autrichienne de Dermatologie* le 18 octobre 1934 et par Fessler à la *Soc. de Pédiatrie de Vienne* le 24 octobre 1934.

rentes. L'enfant fut traitée par une pommade boriquée. L'évolution fut la suivante : le 25-11, la lésion de la lèvre est très améliorée, il n'y a plus de formation de croûtes ; le 30-11, on constate un léger œdème de la lèvre supérieure dont la demi-muqueuse présente les mêmes lésions que celles qui avaient été notées à la lèvre inférieure : sécheresse et formation de croûtes empiétant sur la peau avoisinante ; le 2-12, la lésion de la lèvre inférieure est presque guérie, celle de la lèvre supérieure l'est complètement ; le 4-12, on pratique des épidermo-réactions sur le dos de la malade avec de l'arnica, du formol, du sulfate de nickel, de la résorcine, du sublimé, de la térébenthine et de *la salive*. Toutes ces réactions sont négatives. A cette date, l'enfant est guérie et quitte la clinique.



Fig. 1.

Cas n° 3. — N. E..., fillette de 6 ans, entrée à la clinique pour une gale. Elle présente depuis quelques jours un eczéma de la lèvre inférieure qui s'étend d'une commissure à l'autre sous la forme d'un croissant de 6 à 8 millimètres de large, séparé de la demi-muqueuse par une étroite bande de peau saine et bien délimitée dans sa portion inférieure. La peau est rouge et recouverte de fines croûtelles. La guérison est obtenue rapidement par l'application d'un liniment boriqué (Boreucerin).

Cas n° 4. — Fillette de 10 ans, atteinte depuis huit jours d'un eczéma de la lèvre inférieure. La lèvre est très œdématiée : la demi-muqueuse présente des fissures et quelques croûtes ; au-dessous, il existe une bande d'un centimètre de large qui s'étend d'une commissure à l'autre ; à son niveau la peau est rouge, rêche, il y a du suintement et d'épaisses croûtes grises ; la limite inférieure de cette lésion est nettement arrêtée. Guérison par une pommade boriquée (fig. 2).



Fig. 2.

Sauf quelques détails, ces quatre enfants présentaient donc la même dermatose : un eczéma subaigu de la lèvre inférieure, revêtant la forme d'une bande horizontale, légèrement croûteuse, bien limitée dans sa portion inférieure, quelquefois séparée de la demi-muqueuse par une étroite bande de peau saine. La demi-muqueuse est quelquefois intéressée ; dans un cas la lèvre supérieure était atteinte.

L'interrogatoire et l'observation nous ont permis de constater que ces enfants mordaient leur lèvre inférieure ou bien la léchaient du bout de leur langue. Dans le cas où la lèvre supé-

rieure a été atteinte au cours du traitement, nous avons pu nous rendre compte que l'enfant léchait sa lèvre supérieure dès qu'elle n'était pas observée. Il s'agit donc à notre avis d'un eczéma dû à des causes mécaniques : morsures et frictions avec la langue. C'est pourquoi nous l'avons appelé « eczéma par léchage ». Les épidermo-réactions faites sur l'une des malades ont montré qu'il n'existait pas d'hypersensibilité, on peut cependant admettre que la salive favorise d'autant plus la macération que l'épiderme est déjà irrité et altéré par les morsures et le passage répété de la langue.

Il est nécessaire de distinguer cet eczéma particulier de quelques autres affections des lèvres. Tout d'abord de l'*eczéma salivaire* du nouveau-né, caractérisé par sa localisation aux commissures et son suintement marqué, puis de l'*eczéma périorbiculaire des lèvres* qui atteint les deux lèvres, s'étend aux régions voisines et qui est dû à des causes diverses, telles que la séborrhée, l'hypersensibilité aux dentifrices ou d'autres facteurs encore ; cet eczéma est surtout caractérisé par de la lichénification et des fissures ; son évolution est chronique, il est particulièrement rebelle à tous les traitements.

Il faut encore citer les affections qui touchent exclusivement la demi-muqueuse rouge des lèvres et qui ont été réunies sous le nom de *cheilites*. Leur étiologie est le plus souvent inconnue. De l'ensemble des fait connus, on a pu jusqu'à présent isoler deux types cliniques : la *cheilitis exfoliativa* (Klingmuller et d'autres) caractérisée par de la vésiculation, de la desquamation et des altérations épithéliales et la *cheilitis glandularis apostematosa*, qui a été bien étudiée dernièrement par Touraine et Solente. Dans cette forme de cheilite, de petites taches rouges apparaissent sur la demi-muqueuse de la lèvre ; ces taches correspondent aux canaux excréteurs des glandes. Cette affection est interprétée comme une hyperplasie des glandes salivaires incluses dans le bord des lèvres : ses rapports avec le cancer sont importants à connaître. D'autres cheilites encore ont été attribuées aux dentifrices, à l'éosine contenue dans les bâtons de rouge, au froid (crevasses des lèvres). Ces affections, et surtout la cheilite exfoliante et la cheilite glandulaire apostémateuse, sont des affections douloureuses, extrêmement rebelles au traitement et observées uniquement chez l'adulte.

L'eczéma que nous décrivons ressemble le plus au *pityriasis labiorum* décrit par Rayer et qui paraît être identique à *l'eczema exfoliativum* de Kaposi. Dans cette affection, la demi-muqueuse est touchée en même temps que la peau avoisinante ; il y a principalement de la desquamation ; c'est une affection chronique et très pénible. Son étiologie est inconnue ; chez deux malades seulement, il s'agissait de deux orateurs, Rayer a pu constater l'habitude de se mordiller les lèvres ; il semble donc que l'étiologie serait la même que dans la dermatose que nous décrivons. Cependant, l'eczéma dû au fait de se lécher est, contrairement aux autres, une dermatose bénigne qui guérit facilement sous l'action d'un liniment ou d'une pommade boriquée. Il est recommandé d'appliquer un pansement par-dessus la pommade et de le changer souvent afin d'éviter la sensation de dessiccation qui pousse les enfants à passer leur langue sur les endroits malades. Il est, de plus, extrêmement important de déshabituer les enfants de leur tic. Nous avons, à ce point de vue, fait une remarque intéressante : un enfant, reçu dans le service pour une gale, fut placé dans la même chambre qu'une fillette atteinte d'eczéma « par léchage » ; il prit d'elle l'habitude de lécher sa lèvre inférieure et fut lui aussi atteint de cette dermatose qu'on a pu enrayer rapidement, Il existe donc dans cette affection un danger de « contamination psychique » comme celui qui est connu dans la trichotillomanie dans laquelle les enfants s'arrachent des touffes de cheveux.

Bibliographie

Klingmuller. — Cheilitis exfoliativa. *Arch. für Derm.*, vol. **146**, 1924, p. 349.
Rayer. — Cité par Kreibich. *Handbuch v. Jadassohn*, vol. **6**, 1, p. 151.
Touraine et Solente. — *La Presse Médicale*, 1934, 1.

DU COMPORTEMENT DES GANGLIONS LYMPHATIQUES DIRECTEMENT INOCULÉS AVEC « TREPONEMA PALLIDUM »

Par P. GASTINEL, F. DELARUE, R. PULVENIS et P. COLLARD

L'infection du système lymphatique au cours de la syphilis expérimentale soulève une série de problèmes qui ont fait l'objet de très nombreuses recherches. Nous ne signalerons que pour mémoire ici toutes les discussions aujourd'hui closes sur la rapidité avec laquelle le spirochète inoculé sous la peau ou les muqueuses gagne le relais lymphatique.

On sait en effet qu'en quelques heures, voire peut-être quelques minutes dans certains cas au moins, l'agent infectieux peut atteindre le ganglion du territoire correspondant (1). Mais si à cet égard l'accord est unanime, certaines oppositions subsistent sur la fréquence avec laquelle l'examen histo-micro-biologique, après imprégnation à l'argent permet de déceler des spirochètes dans les coupes des ganglions. Il a été généralement impossible à la plupart des auteurs de les y mettre en évidence.

Ainsi Truffi, Brown et Pearce, Uhlenhuth et Grossmann, Mulzer et Nothaas, Worms, Levaditi, Schœn et Sanchis-Bayarri, Vaisman, Schœn et Metzger n'ont-ils pu découvrir de spirochètes qu'à titre tout à fait exceptionnel malgré les examens les plus minutieux; et cependant la virulence de ces ganglions était démontrée par leur transfert dans le testicule d'un lapin neuf.

Les investigations suivies de succès faites par Zurhelle, Hoffmann

(1) Bessemans et de Potter. Rapidité de l'envahissement ganglionnaire par le virus syphilitique. Contamination par syphilome testiculaire (*Académie de Médecine*. Séance du 23 juin 1933).

et Armuzzi ne paraissent pas, jusqu'ici au moins, prévaloir contre la longue suite d'échecs de tous les auteurs qui ont été unanimement frappés par l'opposition qu'il y a entre la virulence du ganglion et sa teneur en tréponèmes manifestement décelables sur coupes. C'est là, on le sait, un des arguments invoqués par Levaditi en faveur de l'hypothèse d'un cycle évolutif de *Treponema pallidum* avec phase d'invisibilité.

Cependant par une technique spéciale comportant l'étude ultramicroscopique de la substance ganglionnaire homogénéisée, Van Haelst aurait retrouvé constamment des tréponèmes dans les ganglions des lapins syphilitiques (10 ganglions provenant de 6 lapins). L'auteur a signalé également la diminution considérable de la richesse en spirochètes dès l'involution des accidents spécifiques.

Jusqu'à présent, en utilisant la souche avec laquelle nous travaillons, il ne nous a pas été possible de confirmer les conclusions de l'auteur belge (examen fait par imprégnation selon la méthode de Dieterlé et à l'ultramicroscope).

A vrai dire la controverse actuelle sur la teneur en spirochètes des ganglions satellites d'un chancre doit sans doute grandement tenir compte aussi des formes parasitaires anormales revêtant notamment le type filamenteux dont Nyka (1) a donné récemment encore de nouvelles descriptions. Sous cet aspect, la faible colorabilité du tréponème serait pour cet auteur une des raisons qui en rend particulièrement malaisé le dépistage. Mais il faut avouer, comme le dit Nyka lui-même, qu'il est parfois impossible de conclure par l'histologie à la parenté de ces formations avec le spirochète. Aussi a-t-il complété ses investigations en étudiant sur fond noir la morphologie des parasites d'un syphilome mis au contact de cellules d'embryon de poulet. Les expériences *in vitro* fourniraient la preuve que les spirochètes pénétrant dans les cellules perdraient leur forme spiralée pour prendre celle de filaments.

Le point d'ailleurs que nous avons envisagé ici est tout différent. *Nous nous sommes demandé quel était le comportement du tissu ganglionnaire quand on y introduit directement un matériel riche*

(1) NYKA. Le virus syphilitique. Ses variations morphologiques. Sa multiplication et son action pathogène. *Ann. Inst. Pasteur*, t. 53, sept. 1934, p. 243.

en tréponèmes. Nous avions antérieurement montré (1) que le virus spécifique ne végète pas dans la capsule surrénale du lapin après inoculation directe dans cet organe et qu'il n'y détermine *in situ* aucune lésion. Néanmoins les spirochètes ainsi introduits sont capables de provoquer des manifestations à distance. Le même phénomène, on le sait, se produit généralement après apport virulent dans le cerveau.

Elargissant notre expérimentation initiale (2) sur l'infection directe des ganglions, nous pouvons actuellement envisager ce sujet avec d'assez nombreux documents.

Dans une première série de recherches nous avons inoculé une émulsion virulente dans les ganglions périphériques (poplités, inguinaux) ou profonds (mésentériques) de 18 lapins. L'ablation des ganglions ainsi injectés fut pratiquée pour étude histo-microbiologique et passage à des lapins neufs : sur 10 d'entre eux du 5e au 55e jour et sur les 8 autres du 50e au 265e jour. Les résultats obtenus peuvent se schématiser de la façon suivante :

1° Aucune manifestation locale ganglionnaire ne fut observée pendant cette longue période où les animaux sont restés en surveillance dans le clapier.

2° En aucun cas les imprégnations argentiques ou les examens à l'ultramicroscope n'ont permis de déceler la présence de formes tréponémiques, au moins sous leur morphologie indiscutable spirochétienne. Et nous ne nous prononcerons pas sur la possibilité de formes anormales et filamenteuses observées sur quelques coupes.

3° Le passage sous le scrotum d'un lapin neuf des ganglions inoculés dans les délais ci-dessus indiqués n'a provoqué en aucun cas un syphilome expérimental. Leur avirulence a donc apparu complète dans toute cette série d'investigation.

4° Pour affirmer enfin que les animaux neufs auxquels avaient été insérés par voie sous-scrotale les ganglions, n'avaient pas acquis

(1) GASTINEL et PULVENIS. Sur l'étude comparative de l'inoculation du Tréponème pâle dans le cerveau et la capsule surrénale du lapin. *Bull. Soc. Dermat. et Syph.*, n° 9, déc. 1931, p. 1490.

(2) GASTINEL et PULVENIS. A propos de l'inoculation du virus syphilitique dans les ganglions lymphatiques. *C. R. Soc. Biologie*, t. **114**, 1933, p. 1077.

de ce fait une syphilis asymptomatique, leur propre ganglion fut à leur tour prélevé et transféré à d'autres lapins neufs qui demeurèrent eux aussi sans aucun accident.

Enfin, une nouvelle confirmation de la non-infection de l'animal inoculé par voie ganglionnaire comme des lapins du 1er et du 2e passage est encore fournie par le caractère positif de leur réinoculation ultérieure sous-scrotale avec un virus syphilitique homologue. De cette série d'expériences nous donnons les protocoles suivants à titre d'exemple :

1° *Lapin 34.*

Le ganglion poplité droit est inoculé le 4-XI-1933 avec une émulsion riche en tréponèmes. Au 42e jour, le ganglion est prélevé pour examen histo-bactériologique et passage :

A l'examen, on ne note qu'une légère réaction inflammatoire subaiguë avec minime prolifération du *reticulum* sans aucun caractère particulier.

L'imprégnation argentique (technique habituelle et non celle de Diéterlé qui a été utilisée dans les expériences ultérieures) ne permet de déceler aucun spirochète.

Le passage du ganglion est effectué dans le scrotum droit des lapins 40 et 41 qui ne présentèrent rien. Leur ganglion inguinal, prélevé au 32e jour, est inoculé respectivement sous le testicule des lapins D6 et D4, sans provoquer aucune lésion. Les animaux sont demeurés en observation 4 mois.

Enfin, les lapins 34, 40, 41 et D6 réinoculés offrirent un syphilome typique.

2° *Lapin 33.*

Inoculé le 4-XI-1933 dans le ganglion poplité droit qui est ensuite prélevé au 28e jour.

Examen histologique : aucune lésion caractéristique.

Examen microbiologique par imprégnation argentique : on ne décèle pas de tréponème.

Passage du ganglion prélevé dans le scrotum des lapins 54 et 55 (2-XII-1933).

Lapin 54 : meurt sans rien présenter 27 jours après.

Lapin 55 : aucune évolution des greffes ganglionnaires au 48e jour (20-I-1934). Le ganglion poplité de ce lapin (55 est enlevé et inoculé sous le scrotum d'un lapin neuf (D3) sans aucun résultat (animal observé trois mois).

Lapin 33 a été réinoculé avec succès le 13-II-1934 ainsi que le lapin 55.

3° *Lapin 38.*

Inoculé dans le ganglion poplité droit le 11-XII-1933. Prélèvement de ce ganglion au 12ᵉ jour, passage sous-scrotal aux lapins 43 et 42 sans aucun résultat. Au 28ᵉ et 55ᵉ jour, transfert des ganglions poplités de chacun de ces deux animaux à des lapins neufs D5 et D19 sans provoquer aucune lésion. Enfin, réinoculation positive des lapins 38, 42, 43 (lapins de 1ᵉʳ passage), D5 et D19 (lapins de 2ᵉ passage).

Il ne faudrait cependant pas déduire de ces constatations que le tissu ganglionnaire détruit toujours toute l'activité pathogène du virus syphilitique directement inoculé, car les tréponèmes peuvent essaimer dans l'organisme sans créer d'altération à leur porte d'entrée. Nous n'avons d'ailleurs observé ce fait qu'une seule fois :

Lapin C26.

Le 18 mars 1933, l'animal est inoculé après laparotomie dans un ganglion mésentérique (virus H). Le matériel est injecté dans la masse ganglionnaire avec une fine aiguille et une pointe de feu est faite sur l'orifice de la ponction pour éviter tout reflux du liquide. Le 15 mai 1933, l'animal présente une orchite syphilitique gauche. L'animal fut alors sacrifié et l'examen du ganglion inoculé ne permit de déceler ni spirochètes ni altérations histologiques. Enfin le virus n'a pu être retrouvé dans ce ganglion, par transfert de celui-ci à deux lapins neufs.

5° Corroborant l'ensemble de ces résultats, la recherche systématique de la réaction de Meinicke témoigne justement chez les animaux inoculés dans les ganglions de la non végétabilité du tréponème et de sa non-généralisation. En effet, ce fut seulement chez le lapin qui présenta une orchite tardive que la réaction humorale fut positive au 45ᵉ jour, après avoir été négative à deux reprises différentes au 18ᵉ et 40ᵉ jour.

Pour compléter ces recherches, surtout au point de vue histo-pathologique, une nouvelle série de 6 lapins fut inoculée par apport direct du virus sous forme d'émulsion ou de fragments à l'intérieur même des ganglions mésentériques (1). Nous nous sommes arrêtés plus exclusivement à cette technique parce qu'elle permet de trouver le ganglion mieux isolé des tissus environnants que ne l'est celui de la région poplitée ou inguinale, assez difficilement dissociable de

(1) Nous devons cette méthode aux belles recherches de notre ami Reilly sur *la fièvre typhoïde expérimentale.*

la graisse qui l'entoure. Dans les délais allant du 3e au 18e jour le ganglion ainsi infecté était prélevé et inséré sous le scrotum d'un lapin neuf, tandis qu'un fragment était conservé pour l'étude histo-bactériologique. Les résultats furent constamment superposables :

1° L'inoculation détermina une réaction d'adénite subaiguë et il fut impossible par la méthode de Dieterlé de trouver dans les coupes des formations tréponémiques au moins dans leur morphologie indiscutable.

2° Le transfert des ganglions mésentériques ne témoigna en aucun cas de leur virulence et l'animal ayant servi à ce passage put être ensuite réinoculé positivement. Voici quelques protocoles :

Lapin D45 : est inoculé le 28-IV-1934 par introduction d'un fragment de syphilome dans le ganglion mésentérique ; huit jours après, le prélèvement de ce ganglion est effectué. Une partie est réservée pour l'étude histologique, l'autre est insérée sous le scrotum du lapin D15.

Étude histologique : conservation de la structure générale du ganglion. Follicules lymphoïdes intacts et volumineux. Congestion médullaire intense avec hyperplasie réticulaire et mobilisation des cellules endothéliales ; œdème et fibrine dans les sinus.

Imprégnation par la technique de Diéterlé : pas de tréponème visible au moins sous sa forme typique.

Le transfert de ce ganglion au lapin neuf D16 est resté négatif et l'animal inoculé 80 jours après a fait un chancre.

Lapin D36 : est inoculé le 14-IV-1934 par injection d'une émulsion virulente dans le ganglion mésentérique. Le prélèvement est effectué le 3e jour pour histologie et passage.

Histologie : aspect d'adénite subaiguë. Réticulose, mobilisation et métamorphose macrophagique de l'endothélium des sinus. Phénomènes congestifs assez importants, ganglionnaires et péri-ganglionnaires.

L'imprégnation argentique par la méthode de Dieterlé ne permet de déceler aucun spirochète dans la masse ganglionnaire.

Le transfert à l'animal neuf D32 n'aboutit à aucun résultat.

Lapin D51 : reçoit dans un ganglion mésentérique un fragment de syphilome le 29 juin 1934 ; 8 jours après, le ganglion est prélevé.

Histologie : le ganglion apparaît occupé par une petite zone centrale de nécrobiose impossible à analyser histologiquement. Le parenchyme ganglionnaire est tout autour le siège de lésions inflammatoires subaiguës, discrètes, dépourvues de tout caractère particulier. Par la technique de Diéterlé on ne peut déceler de tréponèmes ni dans la zone centrale, ni dans le parenchyme ganglionnaire.

Transfert d'une partie du ganglion sous le scrotum du lapin D54 qui ne présenta aucune lésion consécutive (observé 4 mois).

Nous ne jugeons pas utile de rapporter d'autres protocoles en tous points superposables.

Dans une troisième série de recherches l'expérimentation a été faite sur le cobaye. Nous nous sommes inspirés dans ce choix des travaux de Van Haelst (1) qui signale la fréquence avec laquelle il a pu trouver des tréponèmes dans les adénopathies satellites des lésions provoquées chez cet animal. Ici encore nous avons eu recours au ganglion abdominal rétrocæcal, qu'il est aisé d'aborder par une laparotomie et qui est inoculable facilement soit par injection directe d'une émulsion virulente, soit par introduction d'un petit fragment de syphilome.

Nous avons ainsi préparé une série de cobayes et après des délais variant de 2 à 13 jours environ nous les avons sacrifiés pour l'étude histo-bactériologique et le passage des ganglions ainsi infectés.

Les lésions histologiques constatées témoignent d'une réaction inflammatoire avec perte de l'ordination folliculaire, réticulose et hyperplasie capsulaire. Parfois on note une plage de nécrose intra-ganglionnaire avec hémorragies et dégénérescence fibrinoïde de la trame réticulaire.

L'examen par l'imprégnation argentique de Dieterlé est resté sans succès et le passage d'un fragment de ganglion sous le scrotum d'un lapin neuf n'a pas donné de syphilome.

Exemples : *Cobyae n° 43* : inoculé le 16-XII-1934 dans le ganglion rétro-cæcal par introduction d'un fragment de syphilome. Le 20-XII-1934, prélèvement du ganglion qui est légèrement augmenté de volume.

Histologie : nécrose et abcès intraganglionnaire, entouré d'une dense sclérose périphérique riche en vaisseaux de néoformation et en plasmocytes.

L'imprégnation selon la technique de Diéterlé ne permet pas de déce-

(1) Van HAELST. Adénopathie régionale avec présence de tréponèmes chez le cobaye atteint de syphilis expérimentale. *Ann. de l'Institut Pasteur,* t. **101**, décembre 1933, p. 714.

ler des spirochètes. Le ganglion prélevé est transféré sous le scrotum du lapin D65. L'animal mis en observation pendant quatre mois ne présente rien.

Cobaye n° 90 : le ganglion rétro-cæcal est inoculé avec un fragment de syphilome le 19-I-1935.

Le 7-II-1935, prélèvement du ganglion rétro-cæcal ; la moitié est utilisée pour l'histologie, l'autre moitié sert pour un passage.

Histologie : ganglion subnormal avec cependant hyperplasie réticulaire et perte de l'ordination folliculaire. Atmosphère cellulo-adipeuse du ganglion offre une réaction inflammatoire subaiguë consistant surtout en infiltrat lympho-plasmo-histiocytaire péri-vasculaire.

La technique de Diéterlé ne permet pas de déceler la présence de tréponèmes.

Transfert de la moitié du ganglion sous le scrotum gauche de D89. L'animal ultérieurement est réinoculé bilatéralement avec succès (avril 1935).

En résumé, il résulte de l'ensemble de ces recherches portant sur un nombre considérable d'animaux que :

1° L'introduction du virus syphilitique dans les ganglions périphériques inguinaux, poplités ou mésentériques n'y détermine aucune lésion spécifique au moins dans les délais de nos expériences et ne s'y accompagne d'aucune pullulation de tréponèmes à en juger par l'absence de formes typiques de ce parasite.

D'autre part, corroborant ces constatations anatomo-bactériologiques, les ganglions sont avirulents par passage sous le scrotum d'un animal neuf.

2° Des observations en tout point analogues peuvent être faites en ce qui concerne les ganglions du cobaye.

On se trouve donc, semble-t-il, devant un fait bien établi qui confirme nos premières conclusions et celles analogues faites au même moment par Levaditi, Vaisman et Schœn (1), à savoir : *la non-pullulation du spirochète directement inoculé dans le ganglion et même la non-virulence de ce dernier par transfert*. Il y a là un phénomène susceptible peut-être de surprendre quelque peu, en comparaison avec la virulence habituelle précoce et prolongée des glandes lymphatiques chez les animaux syphilisés.

(1) Levaditi, Vaisman et Schœn. Affinité du *Treponema pallidum*. *C. R. Soc. Biol.*, t. **114**, 1933, p. 883.

Le comportement des tissus lymphatiques s'avère donc avec une notable différence quand il est directement ou indirectement infecté.

Au premier abord on accepte difficilement les résultats ainsi obtenus par l'insertion d'un broyat ou d'un fragment syphilomateux dans la masse ganglionnaire elle-même, qui, bien loin d'apparaître comme un milieu électif pour la pullulation du tréponème, semble au contraire bien peu favorable au développement de ce germe. Il est difficile d'expliquer les raisons d'une telle dissemblance entre l'état du ganglion satellite et le comportement de celui qui a subi l'apport direct. On peut néanmoins formuler certaines hypothèses :

Lorsqu'une lésion cutanée ou muqueuse existe, elle entretient sans doute par des décharges minimes successives dans le torrent circulatoire lymphatique, l'activité virulente du relais ganglionnaire. Le déversement du spirochète en quantité réduite n'entraîne aucune réaction violente susceptible d'assurer la destruction du germe. Bien plus celui-ci peut trouver dans la masse du ganglion un gîte où il restera de longues périodes.

Il n'en va plus de même quand une inoculation expérimentale introduit d'un seul coup une quantité considérable de virus et du substratum cellulaire qui lui sert de support. La brusque réaction dont l'histologie témoigne, accuse bien la réponse tissulaire qui se produit aussitôt. *Il est logique d'admettre que dans les actes réactionnels ainsi provoqués, se trouve donc la raison qui stérilise le ganglion directement infecté.*

En dernière analyse, nous ne croyons pas qu'il faille seulement invoquer la qualité du tissu ganglionnaire comme non propice au développement du tréponème, mais aussi les conditions qui règlent la lente ou brusque pénétration du germe et parallèlement tous les moyens de défense d'un organe directement inoculé.

Centre de Syphilis expérimentale
du Laboratoire de Bactériologie de la Faculté
et Laboratoire d'Anatomie pathologique.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA TUBERCULOSE CUTANÉE ET LES TUBERCULIDES (1)

Par MM. J. GATÉ, P. J. MICHEL et P. DUGOIS

La délimitation du domaine de la tuberculose cutanée est certainement l'une des questions actuelles qui soulèvent parmi les dermatologistes le plus de controverses, et l'accord est bien loin d'être fait sur ce sujet. Nous ne parlons pas, bien entendu, de toutes les formes de tuberculose cutanée vraie, dont la nature bacillaire n'est plus discutée, et a été maintes fois démontrée par les inoculations au cobaye et la constatation directe du bacille de Koch dans les lésions. Par contre, nous devons bien reconnaître que les preuves nous manquent souvent pour rattacher à une étiologie tuberculeuse ces manifestations éruptives si nombreuses et si polymorphes que sont les tuberculides. Il est à peine besoin de rappeler que les arguments purement cliniques (antécédents, coexistence d'autres signes de bacillose, réaction à la tuberculine) sont souvent insuffisants. L'anatomie pathologique n'est pas toujours d'un grand secours pour préciser la nature de ces lésions qui, le plus souvent, n'affectent pas le type folliculaire. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de rechercher systématiquement les divers tests expérimentaux ou sérologiques traduisant l'imprégnation tuberculeuse chez les porteurs de tuberculides. Comparativement, nous avons pratiqué des recherches analogues dans un certain nombre de cas de tuberculose cutanée vraie, indiscutable. De nombreux auteurs ont

(1) Dans ce travail, où nous avons voulu uniquement rapporter les résultats de nos recherches, nous avons négligé systématiquement la bibliographie, qu'on trouvera dans le rapport de MM. M. Favre et J. Gaté : « L'ultravirus dans la tuberculose cutanée et les tuberculides ». *IXe Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie*, Budapest, 1935.

déjà entrepris des études expérimentales du même ordre. Nous apportons ici, sans vouloir en tirer de trop hâtives conclusions, notre statistique, résultat des recherches que nous poursuivons depuis plus de deux ans dans notre service hospitalier de l'Antiquaille.

Deux d'entre nous ont déjà publié avec le professeur P. Courmont (*Presse Médicale*, 28 mars 1934. — Ve Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française, Lyon, juillet 1934. *Comptes Rendus du Congrès*) une partie de ces recherches, à savoir le résultat de 15 hémocultures par la méthode de Lœwenstein, pratiquées sur des malades de notre service à l'Institut bactériologique de Lyon. Nous avons donné en même temps les chiffres du pouvoir agglutinant, de la réaction de Vernes à la résorcine, et de la déviation du complément, dans les 15 cas envisagés. Mais nous avions recherché en outre le pouvoir bactéricide dans le sang et dans les urines, et pratiqué d'autre part des inoculations de sang en série au cobaye. Nous apportons aujourd'hui ces résultats complémentaires pour les 15 cas précédemment cités ; et nous complétons notre statistique par l'étude de 28 cas nouveaux de tuberculose cutanée ou de tuberculides.

Avant de passer aux résultats obtenus, il est utile de donner quelques renseignements sur la façon dont les recherches ont été conduites.

Les inoculations de sang au cobaye ont été pratiquées chez 21 de nos malades. Dans la majorité des cas, nous procédons à des réinoculations en série. Inoculation sous-cutanée de 5 centimètres cubes de sang à deux cobayes ; l'un est conservé comme témoin pendant plusieurs mois, six ou huit mois si possible, pour éliminer la tuberculose atténuée qui peut exiger de longs délais pour se manifester ; l'autre est sacrifié au bout de un mois environ. Après autopsie et examen microscopique des frottis ganglionnaires, nous réinoculons un autre cobaye avec le produit de broyage des ganglions, auquel nous mêlons le plus souvent des fragments de la rate, du foie et des poumons. Ce cobaye est sacrifié à son tour un mois après, et ainsi de suite. Nous avons ainsi pratiqué généralement trois ou quatre passages, parfois cinq, avant de conclure à une inoculation négative.

Toutes les autres recherches, déviation du complément, séro-

diagnostic de S. Arloing et P. Courmont, réaction de Vernes à la résorcine, pouvoir bactéricide du sang et des urines, hémocultures sur Lœwenstein, ont été pratiquées sur le sang de nos malades à l'Institut bactériologique de Lyon, sous la direction de M. le professeur P. Courmont, que nous tenons ici à remercier respectueusement. Les hémocultures, que nous considérons comme positives dans notre statistique, sont toutes, à l'exception d'une seule culture visible, des microcultures. Plusieurs n'ont été positives qu'après deux, trois ou quatre repiquages, c'est-à-dire au bout de quatre, six ou huit mois. Mais, dans la presque totalité des cas, elles se sont manifestées, en l'absence de culture visible, par la présence, à l'examen microscopique du produit de raclage des tubes, de bacilles acido-résistants.

Nous avons groupé nos 43 observations par formes cliniques, en commençant par les *tuberculoses cutanées vraies*, classées suivant l'échelle de gravité bien admise aujourd'hui : tuberculose ulcéro-végétante, tuberculose verruqueuse, lupus nodulaire et enfin notre seul cas de lupus mixte, érythémato-nodulaire.

Joseph R..., 45 ans, tuberculose ulcéreuse de la marge de l'anus. Tuberculose verruqueuse des régions fessières voisines. Pouvoir agglutinant (P. A.) : 40. Déviation du complément (D. C.) : 1. Réaction de Vernes à la résorcine (V. R.) : 113. Hémoculture sur milieu de Lœwenstein (H.) : positive.

Maria G..., 11 ans. Tuberculose verruqueuse de la face dorsale du poignet gauche. Lupus nodulaire des gencives et de la voûte palatine. P. A. : 0 ; D. C. : 0 ; V. R. : 2 ; Pouvoir bactéricide du sang (P. B. S.) : 0 ; Pouvoir bactéricide des urines (P. B. U.) : 0 ; Examen direct des frottis de sang (E. D.) : positif ; H. : négative ; Inoculation de sang au cobaye (I. N.) : négative au 4e passage.

Marc D..., 22 ans. Tuberculose verruqueuse du dos de la main. Orchi-épididymite tuberculeuse. Mort de méningite tuberculeuse 4 mois après nos recherches. P. A. : 20 ; D. C. : 4 ; P. B. S. : 8 ; P. B. U. : 0 ; H. : positive.

Jean T..., 40 ans. Lupus scléreux et papillomateux à développement centrifuge de la région anale et de la fesse gauche. Lupus nodulaire discret du voile du palais. E. D. : positive (bacilles rouges et bacilles bleus) ; H. : positive (bacilles bleus) ; I. N. : négative (mort spontanée du cobaye trois semaines après l'inoculation ; rien à l'autopsie).

Joseph C..., 57 ans. Lupus scléreux serpigineux à éléments multiples. Tumeur blanche du genou droit. P. A. : 15 ; V. R. : 62 ; H. : positive. On n'a pratiqué que l'inoculation d'un fragment de peau : négative.

Alexis L..., 45 ans. Lupus nodulaire *exedens* de la joue gauche. P. A. : 50 ; D. C. : 0 ; H. : négative ; I. N. : négative.

Jeanne R..., 45 ans. Lupus nodulaire mutilant du nez. Extension symétrique du lupus ulcéro-croûteux aux deux joues. P. A. : 20 ; D. C. : 0 ; V. R. : 25 ; P. B. S. : 0 ; P. B. U. : 0 ; H. : positive.

Mariette F..., 54 ans. Lupus tumidus, étendu à presque tout le visage. P. A. : 20 ; D. C. : 2 ; V. R. : 34 ; P. B. S. : 8 ; P. B. U. : 0 ; H. : négative ; I. N. : au 2e passage, tuberculose expérimentale type Villemin typique : rate énorme bourrée de tubercules ; chancre d'inoculation.

Eugène M..., 30 ans. Lupus végétant ulcéro-croûteux du nez et des joues. P. A. : 15 ; D. C. : 4 ; V. R. : 41 ; P. B. S. : 8 ; P. B. U. : 0.

Antonia A..., 9 ans. Lupus nodulaire de la fesse. P. A. : 40 ; D. C. : 0 ; V. R. : 18 ; P. B. S. : 8 ; P. B. U. : 0 ; H. : négative ; I. N. : négative au 2e passage.

Francine J..., 33 ans. Lupus nodulaire ulcéreux du nez. P. A. : 20 ; D. C. : 2 ; V. R. : 13 ; P. B. S. : 0 ; P. B. U. : 0 ; H. : positive ; I. N. : négative au 3e passage.

Antoinette G..., 44 ans. Lupus nodulaire du nez. P. A. : 20 ; D. C. : 0 ; E. D. : positif ; H. : positive.

Paul B..., 16 ans. Lupus nodulaire de la joue droite. P. A. : 70 ; D. C. : 1 ; V. R. : 10 ; H. : positive.

Florentin F..., 46 ans. Lupus tumidus non *excedens* du visage. P. A. : 30 ; D. C. : 4 ; P. B. S. : 2 ; H. : négative ; I. N. : négative.

Joseph C..., 22 ans. Lupus mixte, érythémato-nodulaire du visage. Lupus nodulaire de la fesse droite. P. A. : 15 ; D. C. : 0 ; E. D. : négatif ; H. : positive.

Voici par ailleurs 28 cas de *tuberculides*, depuis les moins discutées comme le lupus érythémateux ou les tuberculides papulo-

nécrotiques jusqu'à l'érythème polymorphe et aux « tuberculides douteuses » de Darier, un parapsoriasis et six cas de psoriasis où nous avons cherché le terrain tuberculeux.

Lucie M..., 22 ans. Lupus érythémateux fixe du visage à type de vespertilio. P. A. : 50 ; E. D. : négatif ; H. : positive.

Louis G..., 31 ans. Lupus érythémateux fixe du visage. P. A. : 10 ; D. C. : 1 ; E. D. : positif ; H. : négative.

Lina F..., 22 ans. Lupus exanthématique du visage et des extrémités. État fébrile, arthralgies et myalgies. Albuminurie. Mort accidentelle. Autopsie : granulie méningée discrète sans lésions pulmonaires. P. A. : 5 ; D. C. : 4 ; P. B. S. : 4 ; P. B. U. : 8 ; E. D. : positif ; H. : positive ; I. N. : au 3e passage, ganglions lombaires hypertrophiés avec bacilles de Koch dans les frottis de pulpe ganglionnaire.

Joseph C..., 46 ans. Lupus érythémateux fixe du nez et du menton. P. A. : 5 ; D. C. : 0 ; V. R. : 35 ; P. B. S. : 4 ; P. B. U. : 0 ; E. D. : positif ; H. : positive. I. N. : au 4e passage, ganglions lombaires augmentés de volume, recherche des bacilles de Koch dans les frottis ganglionnaires négative.

Antonin G..., 32 ans. Lupus érythémateux du visage. P. A. : 20 ; D. C. : 4 ; V. R. : 20 ; P. B. S. : 8 ; E. D. : négatif ; H. : positive ; I. N. : négative au 3e passage.

Henri D..., 62 ans. Lupus érythémateux du visage. Antécédents chargés : femme morte de tuberculose, une fille morte de méningite ; personnellement pleurésie à 20 ans, réformé pour bronchite chronique, bacillose fibreuse non évolutive sans bacilles de Koch dans l'expectoration. P. A. : 20 ; D. C. : 0 ; V. R. : 2 ; P. B. S. : 0 ; P. B. U. : 0 ; E. D. : négatif ; H. : négative ; I. N. : au 4e passage, cobaye très amaigri, sans chancre d'inoculation ; ganglions lombaires hypertrophiés. Pas de bacilles de Koch dans les frottis ganglionnaires.

Marie B..., 35 ans. Lupus érythémateux récidivant du visage. H. : positive.

Joseph M..., 29 ans. Lupus érythémateux du nez et de la joue gauche. D. C. : 0 ; V. R. : 18 ; P. B. S : 0 ; P. B. U. : 0 ; H. : négative.

Paul D..., 30 ans. Tuberculides papulo-nécrotiques du cuir chevelu. Lupus érythémateux guéri du visage. P. A. : 15 ; D. C. : 0 ;

V. R. : 15 ; P. B. S. : 0 ; P. B. U. : 0 ; E. D. : négatif ; H. : positive. I. N. : rien à signaler au 2e passage.

Marie F..., 35 ans. Tuberculides atrophiques de la jambe droite. P. A. : 10 ; D. C. : 4 ; V. R. : 10 ; P. B. S. : 4 ; P. B. U. : 0 ; H. : positive ; I. N. : négative au 2e passage.

Louise P..., 16 ans. Tuberculides atypiques de l'index gauche. *Spina ventosa*. Écrouelles de l'enfance. Morte de méningite tuberculeuse 5 mois après nos recherches. P. A. : 5 ; D. C. : 0 ; V. R. : 27 ; P. B. S. : 8 ; P. B. U. : 4 ; H. : négative ; I. N. : négative au 2e passage.

Philomène D..., 28 ans.. Sarcoïde dermique du pied gauche. P. A. : 20 ; D. C. : 4 ; V. R. : 14 ; P. B. S. : 0 ; P. B. U. : 0 ; H. : positive.

Marie G..., 16 ans. Érythème induré de Bazin ulcéré. Tuberculides papulo-nécrotiques. Antécédents tuberculeux héréditaires et collatéraux. P. A. : 15 ; ; D. C. : 3 ; V. R. : 67 ; P. B. U. : 4 ; E. D. : négatif ; H. : positive ; I. N. : négative au 3e passage.

Marie-Louise M..., 28 ans. Érythème induré de Bazin de la face postérieure des chevilles. P. A. : 20 ; D. C. : 1 ; H. : positive ; I. N. : négative au 3e passage.

Benedetta B..., 36 ans. Érythème induré de Bazin, chez un syphilitique. P. A. : 20 ; D. C. : 4 ; V. R. : 23 ; H. : positive.

Paulette L..., 17 ans. Érythème induré de Bazin — syphilis maternelle — aucun stigmate personnel. Bordet-Wassermann négatif. P. A. : 20 ; D. C. : 0 ; V. R. : 15 ; P. B. S. : 4 ; P. B. U. : 2 ; H. : positive (au 5e repiquage) ; I. N. : tuberculose expérimentale classique, type Villemin, au 4e passage (chancre d'inoculation douteux, mais ascite abondante, rate énorme bourrée de granulations blanches ; poumons volumineux avec nombreuses granulations).

Gabrielle M...., 27 ans. Érythème noueux chez une syphilitique ancienne. Bordet-Wassermann très positif. P. A. : 50 ; E. D. : négatif ; H. : positive (bacilles bleus) ; I. N. : négative au 3e passage.

André C..., 15 ans. Érythème polymorphe à type d'hydroa vésiculeux du visage, d'érythème contusiforme aux jambes. P. A. : 20 ; D. C. : 0 ; E. D. : négatif ; H. : négative ; I. N. : au 4e passage, petits ganglions lombaires, frottis négatifs.

Joséphine Z..., 34 ans. Érythème polymorphe chez une syphilitique ancienne. Bordet-Wassermann très positif. P. A. : 5 ; D. C. : o ; E. D. : négatif ; H. : négative ; I. N. : négative au 2e passage.

Régis C..., 24 ans. Érythème polymorphe papuleux ; quelques éléments bulleux. P. A. : 5 ; D. C. : o ; V. R. : 47 ; P. B. S. : 4 ; P. B. U. : o ; H. : négative.

Maria G..., 41 ans. Éruption à type d'érythème polymorphe chez une syphilitique secondaire. H. : positive.

Pierre Ch..., 26 ans. Parapsoriasis en plaques. P. A. : 40 ; D. C. : o ; V. R. : 18 ; H. : positive ; I. N. : négative.

Gaspard C..., 51 ans. Psoriasis typique. P. A. : 20 ; D. C. : o ; V. R. : 10 ; P. B. S. : 4 ; P. B. U. : 4 ; E. D. : négatif ; H. : négative.

Joseph D..., 35 ans. Psoriasis ancien. Aucun antécédent, ni signe clinique de tuberculose. P. A. : 10 ; P. B. U. : 2 ; H. : positive.

Mm J..., 38 ans. Psoriasis datant de 3 ans. Aucun antécédent, ni manifestation actuelle de tuberculose. E. D. : négatif ; H. : positive.

Roger C..., 13 ans. Psoriasis récent. Aucun antécédent ni signe clinique de tuberculose. H. : positive (bacilles bleus).

Irma S..., 13 ans. Psoriasis généralisé. Pas d'antécédents tuberculeux notables. P. A. : 5 ; D. C. : o ; V. R. : 56 ; P. B. U. : 2 ; H. : négative.

Anastasie F..., 47 ans. Psoriasis arthropathique. Psoriasis typique généralisé. Arthropathies à type de rhumatisme chronique déformant et ankylosant. H. : négative.

Tels sont les 43 cas de notre statistique. Nous tenons à faire remarquer que la grande majorité de ces cas (39 sur 43) concerne des tuberculoses cutanées cliniquement isolées, ne s'accompagnant d'aucune autre tuberculose viscérale ou chirurgicale. Au moindre soupçon de tuberculose pulmonaire, une radioscopie et souvent une radiographie ont été pratiquées. Il ne nous reste que deux cas d'associations à des tuberculoses chirurgicales : un lupus associé à une tumeur blanche du genou et une tuberculose verruqueuse

accompagnant une orchi-épididymite tuberculeuse, chez un malade qui est mort de méningite tuberculeuse quatre mois après nos recherches ; et deux cas de tuberculides (tuberculides atypiques de l'index chez une jeune fille de 16 ans, lupus exanthématique chez une jeune fille de 22 ans) ne s'étant accompagnés au moment où nous avons eu à les observer d'aucun signe de tuberculose viscérale, mais qui se sont terminés par une méningite tuberculeuse vérifiée. En dehors de ces quatre malades, nos recherches ont bien porté sur des tuberculoses à localisation purement cutanée.

Nous ne prétendons pas tirer de conclusions prématurées de ces quelques observations. Mais, sans étudier la valeur comparée des divers procédés de recherches que nous avons utilisés, nous ferons quelques remarques sur les résultats que nous avons obtenus de chacun d'eux.

Les inoculations de sang en série au cobaye, pratiquées sur 21 cas, la plupart avec trois ou quatre passages successifs, ne nous ont donné que trois résultats positifs. Il s'est agi deux fois de tuberculose expérimentale du type Villemin, dans un lupus nodulaire au deuxième passage et dans un érythème induré de Bazin au quatrième passage. Enfin, dans un cas de lupus exanthématique, nous avons obtenu, au troisième passage, une tuberculose type Calmette-Valtis, avec ganglions hypertrophiés et présence de bacilles de Koch dans les frottis de pulpe ganglionnaire. Nous n'avons donc pas eu de résultats aussi heureux que Ravaut et ses collaborateurs (14 inoculations positives type Calmette-Valtis, sur 34 pratiquées). Sans doute, à plusieurs reprises, nous avons observé des hypertrophies ganglionnaires, mais sans pouvoir mettre en évidence des bacilles sur les frottis. Or, nous pensons qu'il faut être assez circonspect dans l'interprétation de ces lésions du type Calmette-Valtis. Après les travaux de Tarantelli (1931), de Leigheb (1933), il semble bien que la constatation de bacilles de Koch dans les frottis ganglionnaires soit un critère indispensable pour que l'on puisse parler d'inoculation positive.

Par contre, l'hémoculture sur milieu de Lœwenstein s'est montrée positive dans un grand nombre de cas : 29 fois sur 43 hémocultures pratiquées, soit 67 o/o des cas, concernant aussi bien des tuberculoses cutanées que des tuberculides. Il est inutile de revenir ici sur les controverses suscitées par ces hémocultures. Les auteurs se

divisent en deux groupes : les uns n'ont que des résultats négatifs, les autres ont souvent plus de la moitié des résultats positifs. L'explication de ces divergences réside peut-être dans ce fait que les résultats positifs obtenus par la méthode de Lœwenstein concernent presque exclusivement des microcultures, non visibles et ce n'est souvent qu'après deux ou trois repiquages, parfois plus, que l'on peut déceler au microscope les bacilles de Koch. Sur nos 29 cas positifs, nous avons trouvé 26 fois des bacilles acido-résistants, bacilles rouges; dans 16 cas, ces bacilles rouges étaient mêlés de bacilles bleus, non acido-résistants. Ce n'est que dans trois cas (un lupus scléreux, un érythème noueux et un psoriasis) que les divers examens successifs ont montré uniquement des bacilles bleus.

Le séro-diagnostic de S. Arloing et de P. Courmont, basé sur la mesure du pouvoir agglutinant du sérum sanguin vis-à-vis des cultures homogènes de bacilles de Koch, s'est montré d'une grande sensibilité. Nous ne considérons comme franchement positifs que les chiffres de pouvoir agglutinant égalant 15. Le séro-diagnostic a été positif 12 fois sur les 13 cas de tuberculose cutanée. Les réponses positives furent beaucoup plus inconstantes pour les tuberculides, et négatives pour deux cas d'érythème polymorphe sur trois. Nous avions cru remarquer, sur nos 15 premiers cas publiés, que l'agglutination se montrait faible ou nulle dans la plupart des cas à hémoculture positive, ce qui paraissait cadrer parfaitement avec la signification de réaction de défense que l'on accorde habituellement au pouvoir agglutinant. Nous n'avons pas retrouvé cet antagonisme entre la bacillémie et l'élévation du P. A., les deux recherches se montrant fréquemment toutes deux positives chez un même malade.

La déviation du complément nous a donné des résultats très inconstants (10 cas positifs sur 33 recherches pratiquées). De même, la réaction de Vernes à la résorcine (11 cas positifs sur 25), ainsi que l'avait déjà signalé Mlle A. Ullmo. Le pouvoir bactéricide dans le sang et dans les urines s'est montré surtout élevé dans les tuberculides et paraît bien traduire, à en juger par le contexte clinique, une active réaction de défense de l'organisme.

Si l'on envisage maintenant non plus les résultats obtenus par les divers procédés de recherches, mais les renseignements fournis par

l'hémoculture en particulier, dans les diverses dermatoses étudiées, on est d'abord frappé par la fréquence de la bacillémie dans les tuberculoses cutanées vraies : tuberculose verruqueuse (les 3 cas positifs) et lupus nodulaire (6 cas sur 11 lupus). Cette bacillémie est, il est vrai, encore plus fréquente dans les tuberculides : sur 7 cas de lupus érythémateux, nous n'avons que 2 hémocultures négatives et dans l'un de ces deux cas, l'examen direct du sang a montré des bacilles de Koch. L'hémoculture a été positive dans notre unique cas de sarcoïde, deux fois sur trois malades atteints de tuberculides atrophiques ou nécrotiques ; positive encore dans les 4 cas d'érythème induré de Bazin, dans l'érythème noueux, le parapsoriasis, et dans 3 cas de psoriasis sur 6 examinés. Par contre, sur les 4 malades présentant un érythème polymorphe, un seul a montré une bacillémie positive ; ce qui ne paraît guère étayer l'opinion de Ramel sur la constance de la septicémie tuberculeuse dans l'érythème exsudatif multiforme.

Nous nous garderons d'aborder, à propos de ces quelques recherches expérimentales, la grave question, si controversée, de l'ultra-virus. Encore moins prendrons-nous position. Nous nous bornerons à noter en ce qui concerne cette question que par nos inoculations au cobaye, nous n'avons obtenu qu'une seule fois une tuberculose type Calmette-Valtis. Or, il s'agit là du critère le moins discuté de l'infection par l'ultra-virus, celui qu'ont invoqué Ravaut et ses collaborateurs et tous les auteurs qui voient dans les tuberculides les manifestations possibles d'une « ultra-virusémie », d'une granulémie. Par contre, nos microcultures sur milieu de Lœwenstein ont été extrêmement nombreuses, et il faut rappeler à ce sujet que, si P. Courmont considère ces microcultures comme des cultures de bacilles nus, non acido-résistants, bacilles jeunes ou atténués, F. Arloing et A. Dufourt voient au contraire dans ces microcultures des témoins de l'ultra-virusémie : ce seraient des cultures d'un virus tuberculeux spécial, développé à partir de la forme filtrable ou de bacilles préexistants dans le sang, mais récemment issus de l'ultra-virus. En ce cas, d'après notre statistique, le rôle de l'ultra-virus pourrait être invoqué non seulement dans la presque totalité des tuberculides, mais encore dans de nombreux cas de tuberculoses cutanées folliculaires, sans qu'il soit possible actuellement d'assigner de façon précise et étroite, dans les diverses formes

cliniques de la tuberculose cutanée et des tuberculides, les domaines respectifs du bacille de Koch adulte et de la forme filtrante du bacille tuberculeux, qui interviennent peut-être tous les deux avec une fréquence et une importance vraisemblablement variables, mais restant à délimiter.

La question reste donc encore à l'étude. Nous ne pouvons que reprendre ici la conclusion de l'un de nous (J. Gaté) dans son rapport avec le professeur M. Favre au IXe Congrès International de Dermatologie et de Syphiligraphie de Budapest (septembre 1934) : « De nouvelles recherches sont indispensables. Il faudrait que les cultures sur milieu de Lœwenstein et les réinoculations en séries soient faites, comparativement, avec des produits filtrés et non filtrés — qu'il s'agisse de sang ou de fragments de tissus tuberculeux. Il faudrait également pratiquer des rétro-cultures sur milieu de Lœwenstein en partant des lésions constatées chez les animaux en expérience ». C'est désormais dans ce sens, et suivant ce plan de travail, que nous poursuivons nos recherches.

(*Travail du Service de Dermato-Syphiligraphie de l'Antiquaille et de l'Institut Bactériologique de Lyon*).

LA RÉACTION DE KLINE
(RÉACTION MICROSCOPIQUE DE PRÉCIPITATION SUR LAME POUR LE DIAGNOSTIC ET L'EXCLUSION DE LA SYPHILIS)

Par ALICE ULLMO
(Travail de la Clinique des maladies cutanées de la Faculté de Médecine de Strasbourg — Prof. L.-M. Pautrier)

Les réactions sérologiques pour mettre en évidence la syphilis sont déjà fort nombreuses, tellement qu'il ne semble pas nécessaire d'en inventer de nouvelles. Après les réactions de déviation du complément au sérum chauffé et au sérum frais, sont nées les réactions de floculation, dont il existe à l'heure actuelle un nombre vraiment impressionnant. Ces réactions tendent à être de plus en plus sensibles, si bien que l'on peut entrevoir le moment où pratiquement un syphilitique aura éternellement une sérologie positive.

D'un autre côté, ces réactions hyper-sensibles ont comme corollaire de diminuer la période qu'avant elles nous nommions « la période pré-sérologique » qui, avec le Bordet-Wassermann classique était de 15 à 25 jours et qui, avec ces réactions de floculation, est considérablement diminuée. Dans un travail précédent (1) nous trouvions en effet, à l'aide de la réaction de Kahn standard des cas de chancres qui, à l'âge de 2, 3, 4, 5, 6 et 8 jours, nous donnèrent déjà des résultats positifs.

C'est à l'instigation du Professeur Stokes, de l'Université de Pensylvania à Philadelphie, Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, que nous avons commencé nos essais de la réaction de Kline, en 1933. Au cours d'un séjour qu'il fit cette

(1) ALICE ULLMO : Précocité élective de la réaction de Kahn au début de l'infection syphilitique. *Annales de Dermat.* février 1934, p. 153-161.

année-là auprès de M. Pautrier, le Professeur Stokes nous vantait tellement cette méthode dont il se sert dans sa clinique à l'exclusion presque absolue de toutes les autres, que nous nous sommes mis à cette étude. D'autant plus que le Docteur Kline, avec une amabilité extrême, et pour laquelle nous sommes heureux de le remercier ici publiquement nous a envoyé le très beau livre (1) qu'il a fait paraître à ce sujet, ainsi que son antigène, la solution alcoolique de cholestérine nécessaire et tout ce qu'il fallait pour nous faciliter notre tâche.

La réaction de Kline se caractérise par le fait qu'elle est une réaction de précipitation se faisant sur lame de verre, le résultat étant immédiatement lu au microscope. L'autre avantage capital est qu'elle ne demande qu'une quantité minime de sérum ; il n'en faut en effet que 0 cc. 1, pour une réaction complète.

Kline a décrit des réactions pour le sang, au nombre de 3, et une réaction avec le liquide céphalo-rachidien. Pour les réactions sanguines, il y a des techniques différentes selon qu'il s'agit de sang total défibriné, obtenu par piqûre du bout du doigt, dans un verre minuscule et défibriné immédiatement par agitation à l'aide d'un cure-dents, ou de sérum frais encore actif, ou de sérum chauffé, donc inactivé. Personnellement nous n'avons expérimenté que la réaction au sérum chauffé, pour des raisons de convenance personnelle d'abord et puis parce que Kline la décrit comme étant la plus simple.

L'antigène employé pour toutes ces réactions est le même ; seule diffère la manière dont on prépare la dilution et le taux de cette dilution. Cet antigène, qu'on peut se procurer à la La Motte Chemical Products Company, Mc Cormick Building, Baltimore Md., est un extrait alcoolique obtenu à partir de poudre de cœur, extrait par l'alcool éthylique, évaporé à sec et repris par l'acétone, qu'on décante ensuite pour redissoudre le résidu cireux dans l'acool éthylique absolu, technique à laquelle on procède deux fois successivement.

La préparation de l'antigène pour la réaction au sérum chauffé se fait de la façon suivante :

(1) S. Kline : Microscopic Slide precipitation tests for the Diagnosis and Exclusion of Syphilis. The Williams and Wilkins Company, Baltimore, 1932.

Dans un flacon de contenance d'environ 30 centimètres cubes, on introduit 0 cc. 85 d'eau distillée, mesurée à la pipette, et de pH à peu près à 6 (le pH n'a pas besoin d'être titré pour l'épreuve au sérum chauffé, alors qu'il doit l'être pour les autres réactions).

On laisse ensuite couler le long du bord du flacon 1 centimètre cube d'une solution alcoolique à 1 o/o de cholestérine, obtenue en faisant dissoudre à l'étuve à 50-56° des paillettes de cholestérine chimiquement pures, dans un flacon bouché, contenant la quantité voulue d'alcool éthylique absolu à + 99 o/o

Cette solution de cholestérine, terminée en 45 minutes environ après plusieurs agitations, reste bonne à l'usage pendant 2 mois, à condition de la conserver à l'étuve à 37°.

On agite le flacon contenant le mélange eau et solution de cholestérine doucement pendant une vingtaine de secondes.

Puis on y ajoute, toujours en inclinant le flacon et en faisant couler le liquide le long de la paroi 0 cc. 1 d'antigène, mesuré à l'aide d'une pipette fine. Le flacon est bouché et agité vigoureusement de haut en bas pendant une minute. Après cela, on ajoute 2 cc. 45 d'une solution à 0,85 de chlorure de sodium (chimiquement pur), on rebouche et on agite encore pendant une minute, mais moins vigoureusement que la fois d'avant.

A partir de ce moment, on va préparer 2 émulsions simultanées, la réaction se faisant en double avec des dilutions différentes.

Pour la première préparation, on met 1 centimètre cube de cette émulsion dans un tube à hémolyse étroit d'environ 12 millimètres, qu'on place dans un bain-marie à 35° (pratiquement un gobelet rempli d'eau dans une étuve à 37°) pendant un quart d'heure. Le réactif est alors prêt à servir.

Pour la deuxième préparation, on place dans un tube similaire 2 centimètres cubes de la première émulsion, qu'on laisse au bain-marie à 56° pendant un quart d'heure. Puis on la transvase dans un tube plus large et on la centrifuge pendant un quart d'heure à environ 2.200 tours à la minute. Le liquide surnageant est ensuite décanté, on sèche l'intérieur du tube avec un linge fin presque jusqu'au niveau du culot, auquel on ajoute alors 1 cc. 5 de la solution déjà mentionnée de chlorure de sodium à 0,85 o/o. Ce deuxième réactif est alors également prêt à servir.

Avec ces quantités minimes d'antigène, 1 centimètre cube et 1 cc. 5,

nous avons pu faire jusqu'à 80 réactions de Kline. Il faut noter que l'antigène dilué ainsi préparé, conservé à la température ordinaire, reste bon pour l'usage pendant 48 heures.

Avant de procéder à la dilution de l'antigène, on aura préparé les lames de verre nécessaires pour exécuter les réactions. Celles-ci sont des lames ordinaires de microscope, de taille de 23 × 73 mm.

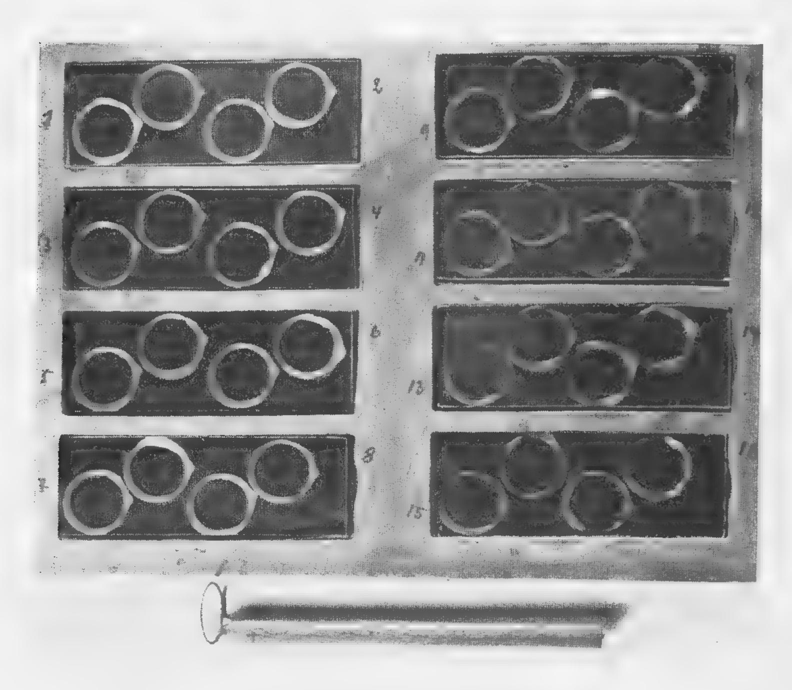


Fig. 1. — Lames préparées avec les cercles de paraffine et le petit instrument à manche pour faire ces cercles.

(Kline emploie les lames de 48 × 75 mm.) qu'on aura au préalable très proprement essuyées. Nous les trempons pendant quelques jours dans un mélange à parties égales d'alcool et d'acide nitrique, puis nous les essuyons avec un linge sec une à une. Kline les enduit d'une couche de pâte Bon Ami, puis les nettoie également au linge sec.

Pour faire les ronds de paraffine à l'intérieur desquels aura lieu la réaction, Kline a construit un petit appareil qu'il a eu la grande

amabilité de nous envoyer (fig. 1). Il s'agit d'un manche en bois, au bout duquel est fixé un cercle de fil métallique fin, entouré lui-même de fil de lin, de sorte que l'anneau ainsi constitué ait un diamètre intérieur égal à 14 millimètres.

Cet anneau est trempé dans de la paraffine fumante (d'une température d'environ 120°) et appliqué directement sur la lame de verre, où il laisse un rond parfait de paraffine. Kline insiste beaucoup sur ce temps de préparation des lames de verre, il s'agit d'obtenir

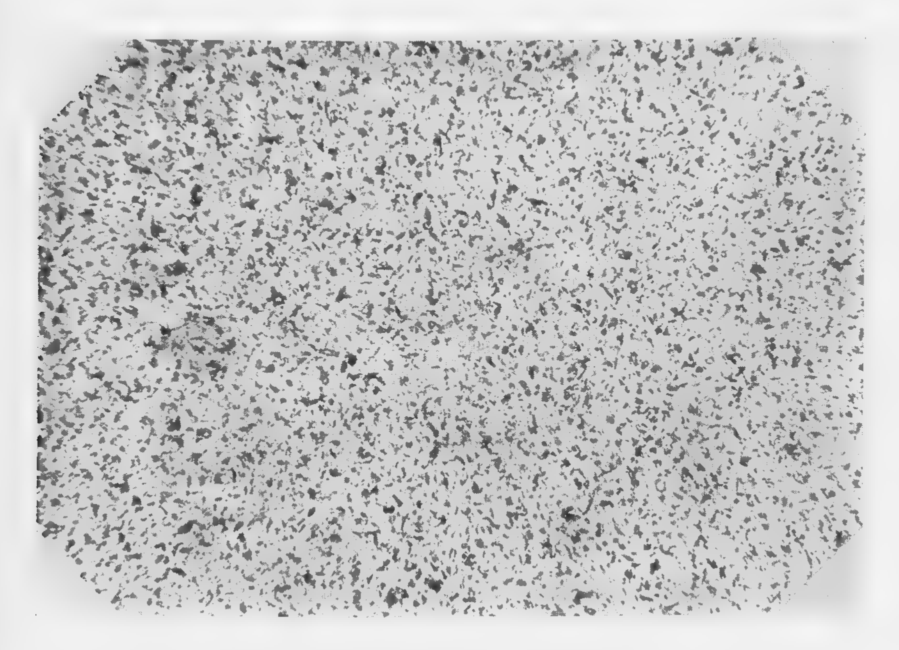


Fig. 2. — Réaction de Kline négative (—).

un petit tour de main qui s'acquiert très rapidement. Kline, puisqu'il opère avec des lames plus grandes que les nôtres, place par lame 12 ronds de paraffine, nombre nécessaire pour faire 6 réactions. Nous en mettons 4, pour 2 réactions.

Ces lames ainsi préparées sont déposées dans des supports en carton, numérotés sur les bords, ce qui nous permet de faire jusqu'à 40 réactions simultanées sans numéroter nos lames individuellement.

La réaction proprement dite se fait de la façon suivante : dans

deux ronds rapprochés, on dépose, mesuré soigneusement à la pipette, o, cc. o5 de sérum inactivé et ne contenant pas de globules.

Au sérum on ajoute dans le *premier* rond une goutte de la première émulsion d'antigène, goutte qui doit faire environ o cc. oo8. Kline emploie pour cette quantité minime des pipettes capillaires de Wright, faites avec du tube de verre de 6 à 10 millimètres de diamètre, dont le diamètre extérieur est d'environ o mm. 5 et qui donne 62 gouttes pour o cc. 5. Personnellement nous nous som-

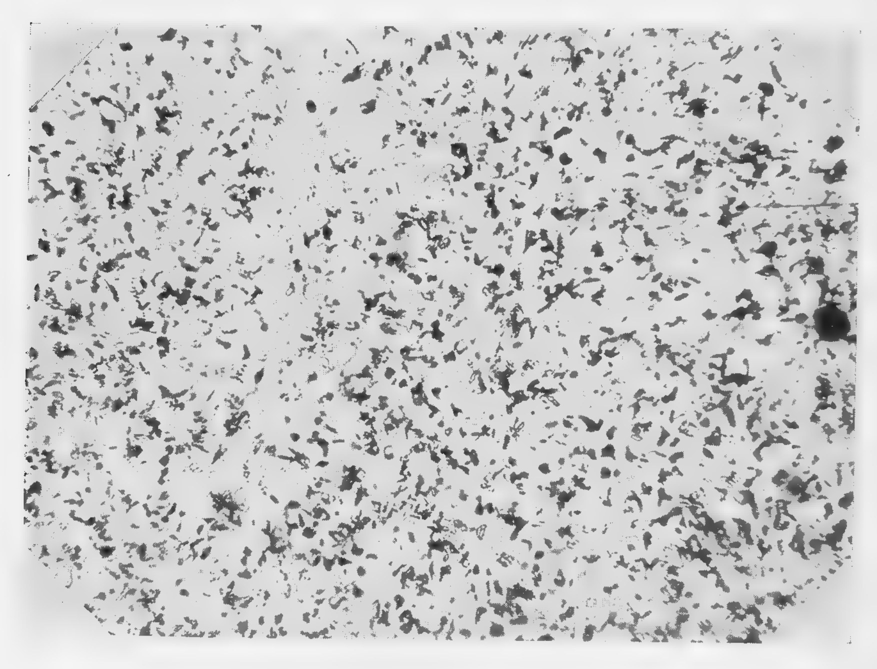


Fig. 3. — Réaction de Kline douteuse (±).

mes servis de la pipette employée pour le deuxième tube de la réaction de Kahn : pipette de o cc. 5 divisée en 20 unités, dont l'unité fait o cc. o25. De cette unité, nous distribuons un tiers dans chaque rond de paraffine, soit environ o,oo8.

Dans le *deuxième* rond de paraffine, on laisse tomber une goutte analogue (o cc. oo8) de la deuxième émulsion.

Puis on imprime au porte-lames un mouvement rotatif, à plat sur la table, pendant 4 minutes, après quoi la lecture se fait instantanément au microscope à faible grossissement.

L'appréciation des résultats s'apprend très vite à la suite de quelques lectures. Dans un sérum négatif (—) (fig. 2) on voit nager des grains très petits, isolés, très nombreux, parfois incalculables, dans un liquide trouble par l'accumulation de ces grains eux-mêmes.

Le résultat douteux (±) (fig. 3) est toujours le plus difficile à interpréter, mais il en est de même pour toutes les autres réactions.

Les résultats positifs (+) (fig. 4) et les fortement positifs (++)

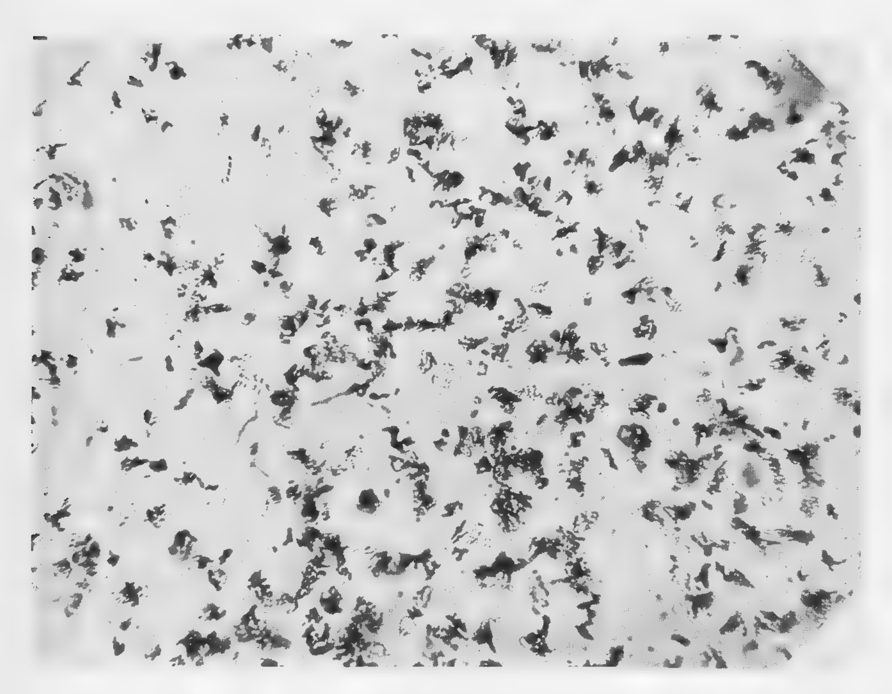


Fig. 4. — Réaction de Kline positive (+).

(fig. 5) par contre, ne laissent place à aucun doute : on voit nager, dans un liquide absolument clair, des agglomérats de taille plus ou moins importante, suivant que le résultat est + ou ++, mais toujours visibles à l'œil nu, hérissés de petits piquants ou de cristaux minuscules, comme de petites pelotes d'aiguilles.

Dans certains sérums, très fortement positifs, on ne voit que très peu de ces pelotons, 3-4 par champ de microscope, mais par contre, ils sont exceptionnellement volumineux.

La réaction dans le premier rond de paraffine, celui que Kline appelle le « diagnosis-test », est moins sensible que le deuxième, le « exclusion-test ». Aussi celui-ci peut-il être parfois douteux (±) ou positif (+), en dehors de toute syphilis, et ce test ne doit-il pas être employé pour poser un diagnostic. Par contre, lorsqu'il est négatif, Kline estime qu'il est d'une très grande importance pour indiquer l'absence de syphilis. La notation des résultats se fera donc séparément pour les deux réactions, le premier signe corres-

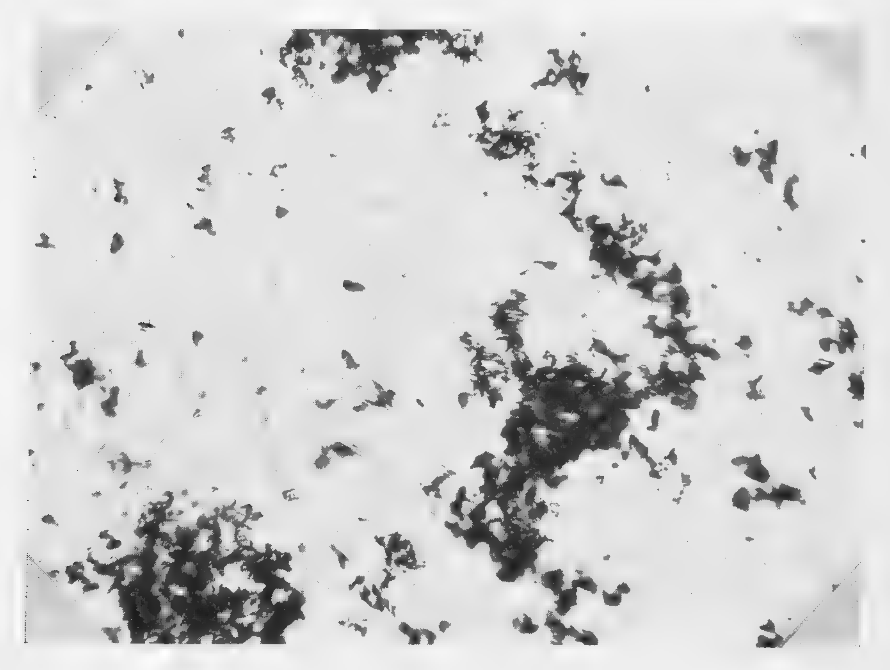


Fig. 5. — Réaction de Kline fortement positive (++).

pondant au test-diagnostic, le deuxième au test-exclusion. Ainsi, par exemple, les sérums franchement positifs seront notés par ⧺ ⧺, les positifs ++, les douteux par ±±, et les négatifs — —. Mais à côté de ces résultats francs, nous avons eu tous les intermédiaires, + ⧺, ou ± +, ou — ± etc.. On remarquera que dans ces cas le premier résultat est toujours moins fortement positif que celui de la deuxième réaction, ce qui semble bien indiquer une hyper-sensibilité de la deuxième. L'inverse, c'est-à-dire

un résultat positif dans le premier rond et négatif dans le deuxième est rarissime ; nous ne l'avons rencontré qu'une seule fois, chez un enfant hérédo-syphilitique avéré.

Comme on le voit, la réaction de Kline est très simple dans son exécution, elle est rapide et les résultats sont d'une lecture facile. Par ailleurs, elle présente l'énorme avantage de ne demander qu'une quantité infime de sérum, 0 cc. 1 pour les deux réactions, ce qui dans bien des cas, et en médecine infantile plus particulièrement, peut être capital. Le temps le plus long de toutes les manipulations décrites préalablement est la dilution de l'antigène, qui prend un peu plus d'une demi-heure, mais comme il se conserve pendant 2 jours pleins, on peut le préparer largement d'avance. Les lames avec les cercles de paraffine étant préparées également d'avance, la réaction proprement dite requiert un minimum de matériel et un minimum de temps. Il nous est arrivé de faire 40 réactions avec leurs lectures en un quart d'heure.

Pour toutes ces raisons techniques, nous ne pouvons qu'encourager les sérologistes à essayer la réaction de Kline, d'autant plus que les résultats obtenus avec elle et que nous allons publier dans un deuxième travail, nous ont paru des plus satisfaisants.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en février 1935.

Annales d'Anatomie Pathologique (Paris).

Adénome glandulaire baso-cellulaire de la pointe de la langue chez une malade de seize ans, par F. Curtis et P. Razemon. *Annales d'Anatomie Pathologique*, t. **11**, n° 8, novembre 1934, pp. 799-810, 5 fig. Bibliographie.

Petite tumeur ayant récidivé une seule fois après ablation incomplète sans atteinte ganglionnaire dont les bourgeons néoplasiques étaient formés surtout de cellules basales en dégénérescence hydropique.

A. Bocage.

Sur un cas d'épithélioma atypique du lobule de l'oreille, par P. Ardouin. *Annales d'Anatomie Pathologique*, t. **11**, n° 8, novembre 1934, pp. 844-847, 4 fig.

Tumeur se développant dans l'épaisseur du lobule de l'oreille sous un épithélium intact, d'interprétation très difficile : cliniquement bénigne, histologiquement maligne, ressemblant à une métastase de cancer viscéral, soit à un nævo-carcinome, soit à un épithélioma sudoripare suivant les points examinés, et rappelant certains aspects de tumeur mixte parotidienne ou de productions d'origine branchiale.

A. Bocage.

Dermatite exfoliatrice du nourrisson (maladie de Ritter von Rittersheim). Lésions endocriniennes et lésions vasculaires d'apparence athéromateuse, par F. Cailliau et J. Fleury. *Annales d'Anatomie Pathologique*, t. **11**, n° 9, décembre 1933, pp. 911-921, 4 fig.

L'existence d'une glande surrénale accessoire en état d'activité fonctionnelle interne, une série de lésions dystrophiques et de dégénérescence des tissus vasculaires et conjonctifs comparables à celles de l'athérome et de l'artério-sclérose, l'état des reins comparable à la néphrite par aplasie artérielle de Lancereaux, les modifications des glandes endocrines enfin tendent à faire considérer la maladie, non comme d'origine infectieuse, mais comme d'origine endocrinienne.

A. Bocage.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

Contribution expérimentale à la question de la spécificité des streptocoques, par R. Freund. *Annales de l'Institut Pasteur,* t. **54,** n° 2, février 1935, p. 245.

Parmi les nombreuses recherches effectuées par F. sur le streptocoque, celle de l'organotropie spécifique de ce germe fait l'objet de ce court mémoire. De ses expériences, il conclut qu'il n'existe ni spécificité streptococcique, ni immunité spécifique à l'égard des streptocoques. La grande importance du rôle des streptocoques dans nombre de maladies de l'homme ne réside pas dans la multiplicité de races pourvues d'une spécificité étiologique ou organotropique, mais d'une façon générale dans leur ubiquité, leur grande variabilité entre les états de saprophytisme et de virulence plus ou moins élevée, enfin dans la propriété qu'ils ont de se fixer secondairement dans la plupart des maladies. H. Rabeau.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Tabès neuf ans après deux injections de 606. Observation pour l'histoire du traitement de la syphilis, par H. Gougerot. *Annales des Maladies Vénériennes,* année **30,** n° 2, février 1935, p. 115.

Intéressante observation qui montre que deux doses fortes de 606 n'ont pas réalisé la *therapia sterilisans magna.* La récidive s'étant faite au bout de huit ans, on aurait pu compter ce malade comme un succès si l'observation avait été arrêtée avant. Les traitements de consolidation puis d'assurance contre la maladie, paraissent à G. de plus en plus nécessaires. Enfin, lorsque le tabès paraît cliniquement fixé, que ses Bordet-Wassermann sont négatifs, il faut continuer le traitement de consolidation, la syphilis peut se réveiller comme dans cette observation sous la forme de diplopie. H. Rabeau.

Bulletin Médical (Paris).

Le traitement biologique des dermatoses, par G. Lyon. *Bulletin Médical,* année **49,** n° 7, 16 février 1935, p. 109.

Revue générale des différentes méthodes de désensibilisation actuellement utilisées, avec leurs indications particulières.

H. Rabeau.

Sur la substance d'Oriel, par Clément Simon. *Bulletin Médical,* année **49,** n° 7, 16 février 1935, p. 110.

S. donne un rapide résumé critique des résultats obtenus par Charpy par la méthode de Barber et Oriel. La substance d'Oriel serait une protéose ; cette substance P a, d'après Oriel, les propriétés d'un anti-

gène. Elle se caractérise par ses qualités biologiques. Expérimentée à Lyon par Gaté et ses élèves, l'impression est favorable. La méthode d'extraction de la substance P à partir des urines a été perfectionnée par Thiers. De cette poudre on fait des solutions à 1/10.000^{e}, 1/100.000^{e}, enfin 1/1.000.000^{e} et, à l'aide de ces solutions, on pratique des tests cutanés. Suivant leur résultat et l'intensité de la réaction, on utilisera telle ou telle dilution, et on continuera soit par voie épicutanée, ou intradermique, ou sous-cutanée, à doses croissantes. Les résultats de Barber et Oriel sont favorables dans 87 o/o des cas.

H. Rabeau.

Le bourgeon charnu inflammatoire (ancien botryomycome), son traitement par le radium, par P. Degrais. *Bulletin Médical,* année **49**, n° 7, 16 février 1935, p. 112, 4 fig.

Le traitement par le radium a donné à D. 32 succès dans 32 cas : il estime que ce mode de traitement, exempt de risques, sans douleur dans son application, certain dans ses résultats, devrait être utilisé davantage.

H. Rabeau.

A propos de quelques données biologiques sur la syphilis, par P. Gastinel. *Bulletin Médical,* année **49**, n° 8, 23 février 1935, p. 133.

La notion de la syphilis inapparente sur laquelle G. insiste à nouveau est une acquisition de la plus haute importance. Les recherches expérimentales qu'il rappelle établissent que la durée d'incubation d'un syphilome expérimental est inversement proportionnelle au nombre de tréponèmes inoculés. Ayant inoculé des lapins en série avec une émulsion de concentration de plus en plus faible, il établit que pour une émulsion donnée il existe une dose seuil au-dessous de laquelle il est encore possible d'infecter l'animal, mais seulement selon le mode inapparent, tandis que la survenue d'accidents est désormais l'exception. Transportées sur le plan de la clinique humaine, avec toutes les réserves que l'on doit, ces données sont riches de suggestions. Elles posent le problème de la possibilité de contaminations minimales. L'éventualité d'un contage occulte aboutissant à une syphilis muette ne peut être *a priori* éliminée quand on constate la survenue de symptômes humoraux chez un sujet par ailleurs sain et en dehors de tout commémoratif. De plus, expérimentalement, la syphilis inapparente peut être observée non seulement lors des primo-infections, mais peut aussi être le résultat d'un second contact avec le virus. Il y a là une série de faits qui peuvent, dans l'avenir, aider à résoudre le problème complexe des diverses formes de l'infection syphilitique.

H. Rabeau.

Le traitement de la paralysie générale par le stovarsol sodique, par A. Sézary. *Bulletin Médical,* année **49**, n° 8, 23 février 1935, p. 136.

Depuis 14 ans, S. utilise le stovarsol sodique et il a pu traiter environ 500 malades. Il étudie les résultats de cette thérapeutique au point de

vue neuro-psychique, physique et biologique. Au point de vue neuro-psychique, l'amélioration débute dès la fin de la première série, vers la 15ᵉ injection. Dans quelques cas, c'est seulement au cours de la deuxième série. Si à ce moment il n'y a pas de modification manifeste, il faut entreprendre la malariathérapie. Les résultats varient selon la forme de l'affection. Dans l'ensemble, les résultats sont favorables dans les deux tiers des cas. L'action du stovarsol sur l'état physique des malades est d'ordinaire rapide, et s'observe même chez ceux dont l'état psychique n'est pas amélioré. Les modifications du liquide céphalo-rachidien sont constantes, mais plus tardives et sans rapport constant avec les modifications cliniques. De cette mise au point très objective, il ressort que les résultats de la thérapeutique par le stovarsol sodique sont sensiblement équivalentes à ceux de la malariathérapie. Les cas qui ont résisté à l'une ou l'autre méthode peuvent bénéficier de leur conjugaison. H. Rabeau.

Les arsenicaux pentavalents dans le traitement de la syphilis, par R. Rabut. *Bulletin Médical,* année **49**, nº 8, 23 février 1935, p. 139.

Courte revue générale dans laquelle R. indique les divers types d'arsenicaux pentavalents, leur posologie, les avantages et les inconvénients de leur emploi. Il montre qu'ils peuvent rendre de grands services dans le traitement de la syphilis à tous les stades et que si leur activité ne leur donne pas la première place, ils sont recommandables en raison de leur faible toxicité qui permet souvent de les employer chez des malades intolérants aux arsénobenzènes. H. Rabeau.

Réflexions sur la réaction de Frei, par Clément Simon. *Bulletin Médical,* année **49**, nº 8, 23 février 1935, p. 141.

Sur 50 malades prises au hasard parmi celles de son service à l'hôpital Saint-Lazare, 6 présentaient une réaction de Frei positive. Sur les 6 malades, une seule pouvait être considérée comme présentant une forme rare de la maladie de Nicolas-Favre. Il reste donc 10 o/o de malades avec réaction de Frei positive, ne présentant aucun signe présent ou antérieur de maladie de Nicolas-Favre. La réaction de Frei, tout en donnant des indications précieuses, peut se montrer positive chez des malades qui, cliniquement, ne présentent aucun des signes de la maladie de Nicolas-Favre. H. Rabeau.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Les formes uniquement humorales de la syphilis expérimentale du lapin, par Ch. Richet fils, Dublineau et Mme Michel. *Bulletin de l'Acadé, mie de Médecine,* année 98, 3ᵉ série, t. **117**, nº 38, 27 novembre 1934- pp. 637-640.

On les observe surtout en utilisant le virus Truffi passé par la souris ou le liquide rachidien des paralytiques généraux.

A. Bocage.

La lèpre est capable d'altérer les dessins papillaires des empreintes digitales, par L. Ribeiro. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année 98, 3e série, t. **112**, no 41, 18 décembre 1934, pp. 821-823.

La lèpre, la sclérodermie, l'action des rayons X chez les radiologistes, peuvent modifier les empreintes digitales.

Un traitement efficace par l'huile de chaulmoogra rétablit dans leur dessin primitif les dessins papillaires altérés par la lèpre.

A. Bocage.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux (Paris).

L'ictère grave de la syphilis précoce, par A. Tzanck et M. Cachin. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, année **51**, 3e série, no 4, 11 février 1935, p. 177.

Les auteurs ont étudié les observations d'ictère grave syphilitique qu'ils ont pu recueillir dans la littérature médicale. Ils sont amenés à penser que dans la plupart des cas d'ictère grave, la syphilis n'est pas en cause. « Au cours de la syphilis, il existe des ictères, mais ils sont bénins. S'ils sont graves, ils ne sont pas syphilitiques. »

H. Rabeau.

Sur l'évolution spéciale chez un diabétique, d'un rhumatisme gonococcique des petites articulations des mains, par Th. Alajouanine, M. Bascourel et R. André. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, année **51**, 3e série, no 4, 11 février 1935, p. 195.

Intéressante observation d'un tabétique avéré qui, à l'occasion d'une infection de type septicémique prolongée, dont la nature gonococcique semble faire peu de doute, fit une série d'arthropathies au niveau des différentes articulations des deux mains. Ces arthropathies évoluèrent d'abord suivant le type d'un rhumatisme infectieux poly-articulaire et, dans un deuxième temps, aboutirent à des séquelles particulières de caractère tabétique : tendance aux luxations multiples, importance de l'ostéoporose.

H. Rabeau.

Les ictères de la chimiothérapie. Analyse pathogénique, par A. Tzanck, M. Cachin et J. Boyer. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, année **51**, 3e série, no 6, 25 février 1935, p. 242, un tableau.

Le problème des ictères après traitement est des plus complexes et on doit chercher, en présence de chaque cas, la part qui revient à chacun des trois modes de facteurs en présence : germes microbiens, agents médicamenteux, organisme du malade. T. envisage les ictères de la chimiothérapie, les ictères chimiothérapiques à type de réaction d'Herxheimer, les hépato-récidives de la chimiothérapie, la valeur du biotropisme comme explication des ictères de la chimiothérapie. Il

discute ces interprétations ; deux lui paraissent s'appliquer à la presque totalité des ictères de la chimiothérapie : ictères infectieux déclenchés par le traitement, notion reprise par Sézary qui s'apparente à la notion de biotropisme de Milian ; ictères réaction d'intolérance hépatique, opinion soutenue par Tzanck en 1928 et reprise par Gaté sous le nom d'allergie hépatique. H. Rabeau.

Caractères propres à l'intolérance hépatique, par A. Tzanck. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, année **51**, 3e série, n° 6, 25 février 1935, p. 250.

Voici les arguments en faveur de l'hypothèse d'intolérance hépatique : comme pour les autres intolérances viscérales ou cutanées, l'intolérance hépatique peut être la même pour des causes très diverses (novar, mercure, atophan) ; elle peut également survenir par les doses les plus variées, selon les sujets ; la réaction une fois manifestée, disparaît sans laisser la moindre trace ; fréquemment elle s'accompagne d'autres intolérances tissulaires ou organiques. L'accident est absolument indépendant de toute tare hépatique antérieure. Ce dernier caractère souligne la différence absolue entre les deux notions d'intolérance et d'insuffisance hépatique.

La conception de l'intolérance organique, pas plus que la conception infectieuse (biotropisme), n'apporte la solution complète des problèmes que pose la pathogénie des troubles viscéraux d'origine chimiothérapique. Ces deux conceptions ne sont pas incompatibles d'ailleurs. La théorie biotropique ramène l'accident à un germe infectieux exalté par la médication ; la théorie de l'intolérance rend l'organisme responsable de la réaction vis-à-vis d'une médication qui n'est pas tolérée. Avec J. Darier, Tzanck pense que cette double interprétation est applicable au même processus fondamental de l'*inflammation*.

H. Rabeau.

Comptes rendus de la Société de Biologie (Paris).

Syphilis et néoplasmes, par C. Levaditi et J. Arager. *Comptes rendus de la Société de Biologie*. t, **117**, n° 34, 24 novembre 1934, pp. 770-772.

Après inoculation d'un fragment de chancre de lapin dans la masse d'une tumeur sarcomateuse de souris, les tréponèmes restent strictement localisés au greffon, bien que la syphilis se généralise, puisque la tumeur elle-même, bien que ne contenant pas de tréponèmes et les ganglions lymphatiques de la souris deviennent virulents.

A. Bocage.

Modes d'inoculation du virus lymphogranulomateux à des simiens réceptifs, par J. Levaditi et L. Reinié. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. **117**, n° 35, 1er décembre 1934, pp. 849-851.

Le virus lymphogranulomateux est pathogène pour le singe inoculé

par voie lymphatique, dans la moelle osseuse ou une articulation, mais il paraît dépourvu d'action sur les muqueuses anales, nasales et uréthrales. A. Bocage.

Sur la réaction de Bordet-Wassermann dans le sérum débarrassé des globulines. Comparaison avec les réactions de Kahn, Vernes et Hecht, par Ch. Auguste. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. **117**, n° 35, (*Société de Lille*), 12 novembre 1934, pp. 885-887.

Sur 850 examens environ, la réaction proposée par l'auteur s'est montrée :

1° d'une sensibilité nettement supérieure à celles de Kahn, Vernes et Hecht qui n'ont donné respectivement que 74, 67 et 62 réactions positives sur 100 sérums positifs avec la réaction faite après séparation des globulines ;

2° d'une spécificité comparable à la réaction de Vernes (comptée positive à partir de 4), supérieure aux réactions de Kahn et Hecht.

A. Bocage.

Méthode permettant d'extraire des urines un corps jouissant des propriétés biologiques de la « substance P » d'Oriel, par H. Thiers. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. **117**, n° 35 (*Société de Lyon*), 19 novembre 1934, pp. 940-943.

Technique assez compliquée permettant d'obtenir un produit « propre » donnant des réactions cutanées moins violentes.

A. Bocage.

Journal de Médecine de Paris.

Endocardite maligne greffée sur une aortite syphilitique, par François et Joube. *Journal de Médecine de Paris*, année **55**, n° 8, 21 février 1935, p. 166.

Observation d'un homme de 48 ans ayant contracté la syphilis dans l'adolescence et qui présente une endocardite ulcéro-végétante greffée sur une aortite syphilitique évoluant sous les attributs cliniques d'une asystolie à marche rapide. H. Rabeau.

La Presse Médicale (Paris).

Considérations cliniques et thérapeutiques sur le rôle de l'hyperglycémie dans la furonculose, par A. Raiga, P. Martineau et H. Chabanier. *Presse Médicale*, année **43**, n° 10, 2 février 1935, p. 170.

Les auteurs montrent que les accidents causés par le staphylocoque trouvent dans la nature biologique du terrain une explication de leur variété et de leur gravité. La phagothérapie ne peut être couronnée de succès qu'à la seule condition de diriger une attaque précise à la fois contre les obstacles organiques qui s'opposent à la guérison naturelle (antiphages) ou qui favorisent la multiplication des bactéries

pathogènes (hyperglycémie) et contre le staphylocoque doré lui-même, agent causal de toute cette pathologie infectieuse. Ainsi utilisé, le bactériophage devient une véritable méthode thérapeutique.

H. Rabeau.

La paralysie générale des tabétiques, par A. Sézary et H. Gallot. *La Presse Médicale*, année 43, nº 13, 13 février 1935, p. 241.

Les rapports entre le tabès et la paralysie générale sont connus depuis longtemps. Les auteurs font un exposé critique et envisagent le problème du point de vue clinique, biologique et histologique. Pourquoi, bien que liés à des lésions histologiques centrales analogues à celles de la paralysie générale, les troubles mentaux des tabétiques ont-ils une symptomatologie plus effacée que cette dernière, une évolution plus lente, une résistance moins grande au traitement antisyphilitique ? Pour S. et G. l'explication se trouve dans l'influence exercée sur les lésions centrales par les réactions de l'organisme consécutives aux lésions étendues des racines rachidiennes qu'on trouve dans le tabès avéré. Une lésion nerveuse syphilitique importante peut influencer une autre lésion, de même nature, et en atténuer ou retarder les manifestations. La grande majorité des troubles mentaux de nature syphilitique observés chez les tabétiques relèvent de la paralysie générale, mais de formes atténuées ou déformées dont le caractère atypique est dû aux lésions radiculo-ganglionnaires préexistantes.

H. Rabeau.

Prophylaxie des accidents dus aux arsénobenzènes. Méthode personnelle, par J. Benech. *La Presse Médicale*, année 43, nº 15, 20 février 1935, p. 183.

Cette méthode consiste à utiliser comme solvants des novarsénobenzènes le glycocolle en solution à 4 o/o (5 cc. de cette solution pour les doses jusqu'à 0,75, 10 cc. pour 0,90). Plus de 500 injections intraveineuses ont été faites sans incidents, à doses élevées. Sur 20 intolérants à l'As, chez lesquels la méthode a été employée, B. a eu 16 succès absolus et 4 succès partiels. L'auteur pense que le glycocolle agit comme stimulant de la fonction antitoxique du foie.

H. Rabeau.

Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie.

Contribution à l'étude de l'albinisme, par Schachter et I. C. Lemlehis. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, année 10, nº 9, novembre 1934, pp. 515-520. Bibliographie.

Revue générale avec observation personnelle d'un cas chez une fillette de 9 ans présentant en outre de l'hypertrichose. A. Bocage.

Une nouvelle réaction cutanée de l'adrénaline, par J. Sellei. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* année **10,** n° 9, novembre 1934, pp. 521-532. Bibliographie.

L'auteur étudie l'immobilisation expérimentale de l'adrénaline dans les affections dermatologiques et les maladies dites hyperadrénalinémiques.

Il décèle l'adrénaline dans ses solutions en la faisant pénétrer dans la peau au moyen d'un courant électrique de 2 milliampères pour une électrode de 1 cm. : il en résulte une tache blanche persistant 3 à 10 minutes pour des dilutions atteignant jusqu'à 1 pour 5 milliards. L'ionisation de solutions à 1/1.000^{e} suffit à faire apparaître dans le sang du sujet de l'adrénaline décelable par la réaction ci-dessus décrite. Cette « mobilisation » d'adrénaline persiste plus ou moins longtemps suivant les sujets et tout spécialement dans la maladie de Raynaud, l'hypertension essentielle, diverses acrocyanoses. Au contraire, elle est nulle ou très courte (quelques jours) dans l'asthme, l'urticaire, le myxœdème.

A. Bocage.

A propos du traitement de la dermatite atrophiante (acrodermatite atrophiante, maladie de Pick-Herxheimer) par des ferments, par J. Sellei. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* année **10,** n° 9, novembre 1934, pp. 533-537. Bibliographie.

L'auteur obtient la rétrocession lente des indurations sclérodermiques et la diminution de coloration des parties violacées par le traitement suivant :

Le matin à jeun, 150 à 200 grammes de pancréas cru avec légumes verts ou mayonnaise. Dans la journée, 3 fois 3 comprimés de ferments pancréatiques et 3 fois 1 comprimé de ferment duodénal. En outre, il fait prendre un extrait de pancréas sans ferments et de l'extrait hépatique pendant plusieurs mois.

Il estime que la maladie de Pick-Herxheimer est une dysfermentose.

A. Bocage.

Chancres multiples de la main, par M. Pinard et Ch. Debray. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* année **10,** n° 9, novembre 1933, pp. 538-541.

Chez un plongeur de restaurant atteint d'eczéma des mains, apparition de chancres multiples aux mains et à la verge. La source de contamination est restée obscure.

A. Bocage.

L'intoxication par l'huile grise, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* année **10,** n° 9, novembre 1934, pp. 542-549.

Excellente description clinique de l'asthénie, de la cachexie et de la colique mercurielles avec leur traitement.

A. Bocage.

Gazette des Hôpitaux (Paris).

Erythème noueux et tuberculose infantile, par P. Lereboullet. *Gazette des Hôpitaux*, année **108**, n° 1, 2 janvier 1935, pp. 5-10.

Revue générale rappelant la fréquence, à côté de quelques cas d'origine banale, des érythèmes noueux, manifestations d'une primo-infection tuberculeuse. Quelques observations et documentation historique abondante. A. Bocage.

Paris Médical.

Sur l'action de l'extrait de rate très concentré dans certaines dermatoses (eczéma et urticaire principalement) et dans l'asthme, par Pasteur Vallery-Radot et P. Blamoutier. *Paris Médical*, année **24**, n° 49, 8 décembre 1934, pp. 457-460.

Les essais ont été faits avec un extrait désalbuminé de rate fraîche de veau à 25 grammes d'organe par centimètre cube, 2 à 4 centimètres cubes par jour. Chez quelques malades atteints d'eczéma suintant aigu, effet immédiat comparable à celui de l'adrénaline dans l'asthme. Généralement effet seulement en 2 ou 3 jours. Échec complet si l'amélioration tarde plus d'une semaine. Effet moins sûr dans les urticaires digestives, nul dans les autres et l'œdème de Quincke, inconstant dans les prurits. A. Bocage.

Arthropathie tabétique fébrile, par C. I. Urechia et Mme Retezeanu. *Paris Médical*, année **24**, n° 51, 22 décembre 1934, pp. 516-520. Bibliographie.

Observation intéressante d'arthropathie fébrile de la cheville à streptocoque *viridans* chez un tabétique.

A noter une hypertension artérielle localisée au membre malade 20 avec indice oscillométrique 9 au Pachon, contre 15 indice 2 du côté opposé et 14, indice 2,5 aux membres supérieurs.

A. Bocage.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Pour le 25e anniversaire de l'introduction du salvarsan d'Ehrlich dans le traitement de la syphilis (Zur 25 jährigen Wiederkehr der Einführung des Ehrlichs Salvarsans in die Syphilisbehandlung), par E. Hoffmann. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **70**, f. 6, février 1935, p. 309.

A l'occasion du 25e anniversaire du salvarsan, H. rappelle les conditions de la découverte du médicament, les remarquables résultats de ce traitement même dans les formes les plus graves, sans cacher toutefois les dangers ni les insuffisances du salvarsan. Il rapporte à cette occasion plusieurs observations de malades traités à cette époque (syphilis primaire, secondaire, tertiaire, nerveuse, etc.) et chez qui le trai-

tement arsenical, associé à Hg, a déterminé la disparition totale et définitive des lésions cliniques et des signes sérologiques. Aujourd'hui, par l'association du néosalvarsan et du bismuth, voire de la malariathérapie appliquée opportunément, l'on peut guérir la syphilis et prévenir la transmission à l'enfant. Au bout de 25 ans, on peut apprécier les bienfaits incomparables de cette médication.

L. Chatellier.

Une séroréaction positive au cours de la syphilis peut-elle disparaître sans traitement? (Kann eine positive Seroreaktion bei Syphilis ohne Behandlung negativ werden?), par H. Boas. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **70**, f. 6, février 1935, p. 318.

Une jeune femme de 24 ans accouche d'un enfant macéré. A 4 reprises, la sérologie se montre positive chez elle. Au cours d'une hospitalisation quelques semaines après, sans que la malade ait reçu le moindre traitement, toutes les réactions (hémolyse et floculation) sont devenues négatives. Le court épisode fébrile (38°) intercalaire ne suffit pas à expliquer cette disparition spontanée. L. Chatellier.

Influence de la guerre et de l'après guerre sur le psoriasis et la tuberculose cutanée (Der Einfluss der Kriegs- und Nachkriegszeit auf Psoriasis und Hauttuberkulose), par W. Engelhardt et W. Cordes. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **70**, f. 6, février 1935, p 320.

Pendant la guerre, à cause de l'insuffisance de l'alimentation grasse, l'on assiste à une diminution notable du nombre des psoriasis, dont le chiffre remonte dès le retour aux conditions normales. La constatation inverse est faite pour la tuberculose cutanée. Il semble donc légitime de considérer le psoriasis comme le signe d'un métabolisme défectueux des graisses. Le régime « pauvre en graisse » de Grütz a d'ailleurs donné des résultats excellents. Les traitements locaux provoquent une irritation cutanée, par suite ils accélèrent les échanges cellulaires de la peau, et vraisemblablement les échanges des corps gras. D'où leur efficacité. L. Chatellier.

Contribution à l'étude de l'impetigo contagiosa staphylococcique (Beitrag zur staphylogenen Impetigo contagiosa), par S. Epstein. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **70**, f. 6, février 1935, p. 328.

Des recherches bactériologiques faites sur un grand nombre d'*impetigo contagiosa*, il ressort que, dans la grande majorité des cas, le diagnostic clinique entre impétigo streptococcique et impétigo staphylococcique se confirme par la culture. Mais grâce à des procédés plus délicats (gélose au sang sucrée et au cristal violet de Haxthausen), il n'est pas rare de trouver du streptocoque dans des lésions sûrement staphylococciques. Par l'ensemencement de vieilles lésions croûteuses au cours de l'impétigo staphylococcique, l'on trouve parfois du streptocoque, et d'autres impuretés. L'ensemencement en série de plusieurs foyers d'impétigo à staphylocoque met toujours en évidence un pyoco-

que à propriétés culturales constantes. Les procédés qui permettent de différencier les pyocoques des saprophytes (coagulation du plasma), ont montré dans plus de 100 cas d'impétigo staphylogène que le staphylocoque doré est un pyocoque et non un saprophyte ; le staphylocoque blanc s'est montré quelquefois pathogène.

L'inoculation à l'animal prouve que le staphylocoque du furoncle est d'une plus grande virulence que celui de l'impétigo.

La notion d'*impetigo contagiosa* staphylogène doit être conservée.

L. CHATELLIER.

Culture des champignons sur tranches de concombres. Nouveau milieu naturel pour primoculture et culture de passage (Pilzkulturen auf Gurkenschnitten, ein neuer natürlicher Pilznährboden für Primär- und Passagekulturen), par H. HRUSZEK. *Dermatologische Zeitschrift*, t. 70, f. 6, février 1935, p. 340, 1 fig.

H. a essayé avec succès le concombre. Le fruit est divisé en tranches longitudinales ; la moelle centrale est rejetée et l'une des extrémités coupée carrément. Les tranches sont préparées de façon à les loger dans des tubes. Le fond du tube est garni d'ouate ou de gaze pour absorber l'excès de liquide, maintenir l'humidité et fixer le milieu. Stérilisation à 110° pendant 3 heures (éviter le trop grand ramollissement des tranches). Ce milieu, facile à préparer s'est révélé propre aux primo-cultures comme à l'entretien par passage des cultures. Les cultures sur concombres prennent certains caractères qui permettent la différenciation des souches et la comparaison avec les résultats obtenus sur les milieux solides. L. CHATELLIER.

Sur l'identité du virus du zona et du virus de la varicelle (Ueber den Zusammenhang zwischen Zoster- und Varizellenvirus), par J. M. LEWIN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. 70, f. 6, février 1935, p. 346.

Après avoir rappelé les arguments des partisans et des adversaires de l'identité, l'auteur rapporte une observation personnelle : un enfant de 12 ans, après des douleurs prémonitoires de 7 à 10 jours, présente une éruption de zona bilatéral frappant les deux membres supérieurs. Au 17e jour de l'éruption zostérienne, apparaissent des éléments vésiculeux disséminés qui forment bientôt une varicelle typique, d'évolution normale. Cette succession des deux éruptions, à intervalle dépassant l'incubation de la varicelle (12-14 jours), montre que les deux virus ne sont pas identiques. L. CHATELLIER.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur l'urticaire a calore (Ueber Wärmeurtikaria), par W. RICHTER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. 100, n° 5, 2 février 1935, p. 129.

L'urticaire *a calore* est plus rare que l'urticaire *a frigore*. Duke, qui en avait fait la première étude, attribuait ces formes d'urticaire à une « allergie physique ». Mais il abandonna cette conception pour l'urti-

caire *a calore*. Les travaux de Lehner et Rajka, d'Urbach et Fasal contribuèrent à préciser le mécanisme très complexe de cette urticaire (facteurs héréditaires, biologiques, labilité vasculaire, troubles de la régulation calorique). Urbach et Fasal parlèrent d'une vaso-neuropathie d'origine physique. R. rapporte une observation d'urticaire *a calore*, apparue à la suite de lésions cutanées par action solaire. De ses recherches, il conclut qu'il existe dans le sérum une substance qui provoque la papule. Mais l'allergie est à écarter, car les signes habituels des syndromes allergiques manquent (éosinophilie, transmission passive). Il s'agit plutôt d'une pathergie (sens Rössle) non allergique. En soumettant le malade à de faibles actions caloriques très lentement progressives, R. a obtenu une guérison complète.

L. Chatellier.

Sur les métastases cutanées dans les champs d'irradiation au cours du cancer des lèvres et des ganglions (Ueber karzinomatöse Hautmetastasen im Röntgenbestrahlungsfeld bei Lippen- und Drusenkrebs), par F. H. Marschall. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 5, 2 février 1935, p. 137, 1 fig.

Un homme de 59 ans est opéré d'un épithélioma spino-cellulaire de la lèvre, avec évidement ganglionnaire. Récidive 18 mois après, environ ; excision, mais l'examen histologique montre qu'il s'agit seulement d'une réaction inflammatoire. Au bout de 6 ans, tumeur de la région mentonnière et adénopathie, traitées alors par la radiothérapie. 2 mois après l'irradiation, véritable éruption de métastases cutanées sur le côté droit de la face et du cou, avec fistulisation. Le malade meurt : à l'autopsie, métastases cutanées et ganglionnaires, mais pas de métastases viscérales. La radiothérapie, en lésant les vaisseaux cutanés, a favorisé les localisations cutanées. L. Chatellier.

Sensibilité à la renoncule (Ranunculus acer L.). Transmission passive positive (Ueberempfindlichkeit gegen Hahnenfuss (Ranunculus acer L.). Gelungene passive Uebertragung), par J. Wendlberger. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 5, 2 février 1935, p. 141, 3 fig.

Deux observations de dermite causée par la renoncule ; les deux malades offrent une sensibilité à la renoncule, qui a été confirmée par la transmission passive et par les épreuves épidermiques.

L. Chatellier.

Recul de la syphilis en Danemark de 1919 à 1933 (Rückgang der Syphilis in Dänemark 1919-1933), par Svend Lomholt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 6, 9 février 1935, p. 173.

Pour tout le Danemark, le nombre des syphilis acquises passe de 4.500 en 1919 à 700 en 1933 (pour Copenhague seule : de 1.500 à 500) ; celui des syphilis congénitales de 280 en 1920 à 29 en 1933 (à Copenhague : de 150 à 11). Ces résultats sont dus à une « organisation effective de la lutte contre la syphilis et à un traitement effectif de la

syphilis ». Tout malade, quelles que soient ses ressources, peut être traité sans frais ; le traitement est obligatoire pour tout malade capable de contaminer, d'où la possibilité d'un traitement toujours suffisant ; la contamination est punie par la loi. Le traitement des syphilis fraîches comporte les doses massives d'emblée, en tenant compte évidemment de l'âge, du sexe, de l'état général (0,60 à 0,75 pour les hommes ; 0,45 à 0,60 pour les femmes). L. CHATELLIER.

Nouveaux milieux de culture pour les champignons (Neue Nährböden für Pilze), par Ursula SCHOLZ. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, nº 6, 9 février 1935, p. 176, 5 fig.

L'auteur s'est préoccupé de trouver des milieux où le développement ne fût pas ralenti, l'aspect des cultures ne fût pas modifié et le prix et la préparation fussent faciles.

Sur tranches de pommes de terre et de carottes pelées, puis soumises 3 jours de suite pendant 10 minutes à la vapeur à 100°, S. a ensemencé divers trichophytons ou épidermophytons. Il n'y eut aucun retard, ni aucune modification morphologique des cultures, comparées à des ensemencements identiques faits sur milieux de Sabouraud et de Gruetz.

Un deuxième milieu a été essayé dans les mêmes conditions : milieu préparé avec le suc de pommes de terre ou de carottes, additionné d'un tiers d'agar-agar et stérilisé comme précédemment. Les résultats furent excellents.

Le troisième milieu est plus complexe : à 100 grammes de purée de pommes de terre (bouillies), S. ajoute 20 grammes de sucre, 5 grammes d'extrait de viande Liebig et 10 grammes de peptone. Le mélange est additionné de 500 centimètres cubes d'eau et soumis à l'ébullition, puis complété avec un tiers d'agar-agar ; il est ensuite réparti en boîtes ou en tubes, puis stérilisé. Cultures abondantes et non modifiées. Dans l'ensemble, ces milieux, très faciles à préparer, se sont montrés aussi favorables que les milieux classiques ; le développement semble même plus rapide. L. CHATELLIER.

Résultats éclatants de la radiothérapie de l'érysipèle (Eklatante Effekte der Röntgenbehandlung der Erysipels), par J. BORMANN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, nº 6, 9 février 1935, p. 181.

A Stalinabad (en Asie russe), l'érysipèle revêt l'allure d'une maladie endémique et répandue. La nécessité d'un traitement rapidement efficace s'impose. B. eut l'idée d'employer la radiothérapie. Après emploi d'une dose d'épilation, il vit tomber rapidement la fièvre, mais les réactions locales douloureuses l'amenèrent à employer une dose moitié moindre. Les résultats ne furent pas aussi bons, car l'infection, après amélioration passagère, reprenait. B. s'est arrêté à la technique suivante : le premier jour, trois quarts de dose d'épilation ; le lendemain, un tiers de dose. Amélioration rapide, peu de douleurs et guérison. A l'appui, quatre observations. L. CHATELLIER.

Sur un cas de sarcome idiopathique hémorragique de Kaposi avec stade préliminaire inaccoutumé (Ueber einen Fall von Sarcoma idiopathicum hæmorrhagicum Kaposi mit ungewöhnlicher Vorstadium), par F. Goldschag. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, nº 7, 16 février 1935, p. 204.

Voici l'observation résumée . Un homme de 65 ans, d'origine israélite, est atteint de prurit des extrémités d'abord, puis de tout le corps, il a des poussées fébriles et maigrit. A l'examen : légère hépato-splénomégalie, adénopathie généralisée ; pas de leucémie. Le diagnostic probable est celui de lymphogranulomatose maligne ou de purigo lymphadénique. L'arsenic et la radiothérapie amènent une sédation rapide. Quelques mois après, récidive ; l'examen d'un ganglion montre des lésions inflammatoires seulement. 18 mois après, le malade est revu pour un œdème dur de la jambe droite ; il était resté guéri des premières manifestations pendant plus d'un an. Les examens hématologiques ne décèlent qu'une éosinophilie de 5,5 o/o, avec lymphocytose modérée (32,2 o/o) ; foie et rate sont légèrement grossis, pas d'adénopathie. Sur les membres inférieurs, œdème surtout marqué du côté droit ; en outre, il existe des placards d'infiltration brunâtres, durs, non compressibles, indolores. Sur le tronc, côté droit, bande d'infiltration parsemée d'efflorescences dures, sensibles à la pression, surélevées, de couleur rouge-brun, offrant à la périphérie des capillaires dilatés. Dans la région inguinale droite, nodules semblables, mais plus rouges et plus nets. Au microscope, dans le derme superficiel, dilatations vasculaires (sanguines et lymphatiques), hémorragies et amas pigmentaires ; entre les vaisseaux, prolifération de cellules fusiformes, souvent pourvues de pouvoir phagocytaire : sarcomatose de Kaposi. Ce cas est intéressant par l'existence préalable d'un syndrome clinique de lymphogranulomatose évoluant pendant 3 ans et demi et restant guéri pendant plus d'un an, puis par l'apparition d'une sarcomatose. Pour G., il s'agit d'une réticulo-endothéliose, réalisant les deux aspects cliniques. L. Chatellier.

Sur l'histogenèse du nævus syringo-cystadénomateux papillifère (Zur Histogenese des Nævus syringo-cystadenomatosus papilliferus), par J. Dörfell. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, nº 8, 23 février 1935, p. 229, 1 fig.

Dans cette même revue (t. **99**, nº 41, p. 1318), D. avait rapporté l'observation d'une fillette de 14 ans qui avait été opérée d'une tumeur congénitale de la joue droite. Il s'agissait d'un syringo-cystadénome papillifère (hidradénome fistulo-végétant de Darier, Civatte, Plantevin). Six mois après, récidive. Le microscope montre, au lieu de la structure sudoripare initiale, des formations sébacées. Ce fait montre que dans les nævi, l'épithélium primaire indifférencié peut garder un potentiel pluri-formateur. L. Chatellier.

Un cas de tabès avec papules syphilitiques hypertrophiques de l'anus (Ein Fall von Tabes dorsalis mit hypertrophierenden syphilitischen Papeln ad anum), par H. Haxthausen. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 8, 23 février 1935, p. 231.

Un malade de 37 ans, qui nie toute infection syphilitique, est vu pour un tabès (faible réaction des pupilles à la lumière, atrophie optique, abolition des réflexes patellaires et achilléens). Il porte, en outre, depuis huit ans, des papules hypertrophiques de l'anus, riches en spirochètes, sans autres localisations cutanéo-muqueuses. Dans le liquide : hypercytose, albuminose et réaction de Wassermann positive forte. Le traitement mixte fait rapidement disparaître les papules.

L. Chatellier.

Contribution au traitement des premiers stades de l'ulcère chronique éléphantiasique de la vulve (Beitrag zur Behandlung erster Stadien Ulcus chronicum elephantiasicum vulvæ), par E. Coutts. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 8, 23 février 1935, p. 233.

Une jeune femme de 23 ans présente une ulcération chronique de la vulve, très douloureuse, avec réaction de Wassermann négative, réaction à la tuberculine et à la chancrelle négatives, séro-réaction blennorragique négative, réaction de Frei positive. Le néostibosan et la fouadine sont restés sans effet. Le traitement par la folliculine (en injections et *per os*) à hautes doses amène rapidement la cicatrisation de l'ulcération.

L. Chatellier.

L'emploi de l'hypnose dans le psoriasis (Anwendung der Hypnose bei Psoriasis), par J. M. Wisch. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 8, 23 février 1935, p. 234.

W. a traité 4 psoriasiques anciens, jusque-là rebelles à tout traitement local, par la psychothérapie (hypnose). Dans tous ces cas, il s'agissait de malades présentant des troubles psychiques et chez qui l'éruption avait apparu à l'occasion de chocs psychiques. Sur les 4 malades traités, 1 guérison totale, 2 améliorations notables, 1 échec.

L. Chatellier.

Wiener klinische Wochenschrift.

Sur la connaissance de formes rares du cancer de la peau (Zur Kenntniss seltener Formen des Hautkarzinoms), par E. Riecke. *Wiener klinische Wochenschrift*, année **48**, n° 6, 8 février 1935, p. 162.

R. rappelle la curieuse observation de Riehl sen. (dont ce numéro célèbre le 80e anniversaire) où un épithélioma cutané de la cuisse s'est accompagné de métastases cutanées sous forme de nodules durs, puis ulcéreux, et de formations kystiques profondes que l'histologie révèle être des dilatations lymphatiques.

Il rapporte une observation à peu près identique : il s'agit d'un épithélioma baso-cellulaire dont les boyaux métastatiques cutanés à

distance subissent une nécrose centrale et encerclent les vaisseaux lymphatiques et sanguins dont ils ralentissent et même empêchent la circulation, d'où les formations kystiques, qui peuvent se rompre à même le parenchyme tumoral. L. Chatellier.

Sur la pachyonychie congénitale (type Riehl) (Ueber Pachyonychia congenita (Typus Riehl)), par L. Kumer et H. O. Loos. *Wiener klinische Wochenschrift*, année 48, n° 6, 8 février 1935, p. 174, 4 fig.

Les auteurs font une revue générale des 23 cas de pachyonychie congénitale, et y ajoutent une observation personnelle. De cette étude, il ressort que dans tous les cas, il existe un épaississement de tous les ongles, plus des foyers symétriques d'hyperkératose plantaire, de l'hyperkératose folliculaire sur l'ensemble du tégument, de la leucokératose buccale et de l'enrouement. Les auteurs ont pu suivre la maladie dans cinq générations ; elle se présente comme un caractère héréditaire dominant (52 individus sains pour 23 malades) avec légère prédilection masculine (13 hommes pour 10 femmes).

On peut distinguer trois types de pachyonychie, selon les manifestations : le plus simple comporte les lésions unguéales, plantaires et folliculaires, le deuxième y ajoute la leucokératose (c'est le type décrit par Riehl), le troisième des anomalies de la cornée.

L. Chatellier.

Sur le problème de l'épilation radiothérapique définitive (Zum Problem der Röntgen-Dauerepilation), par H. G. Bode. *Wiener klinische Wochenschrift*, année 48, n° 6, 8 février 1935, p. 178.

Revue générale où l'auteur expose, critique les divers procédés d'épilation définitive ; il souligne toutes les difficultés techniques que présente encore ce problème, dont la solution exigera encore temps et travail. L. Chatellier.

Augmentation menstruelle de la sensibilité cutanée aux rayons (Menstruelle Steigerungen der Strahlenempfindlichkeit der Haut), par L. Freund. *Wiener klinische Wochenschrift*, année 48, n° 6, 8 février 1935, p. 182.

Dans la période prémenstruelle et au début des règles, s'établit un état particulier des vaisseaux cutanés, qui crée une sensibilité plus vive de la peau à toutes les irradiations. Cette sensibilité se traduit par des manifestations visibles. L'on peut se demander si les dermatoses dites menstruelles ne sont pas justement dues à cette sensibilité spéciale des vaisseaux cutanés, à des agents endogènes ou exogènes, qui provoquent ainsi des signes visibles, alors qu'à l'état normal ils en sont incapables.

L. Chatellier.

Sur l'acrodermatite continue de Hallopeau avec considérations particulières sur un cas limite (Ueber Akrodermatitis continua (Hallopeau) mit besonderer Berücksichtigung eines Grenzfalles), par H. Fuhs. *Wiener klinische Wochenschrift*, année 48, n° 6, 8 février 1935, p. 184, 3 fig.

Le malade, âgé de 45 ans, a contracté en 1916 la blennorragie ; trois

semaines après le début de l'uréthrite, arthropathies avec fièvres, pustules au niveau des cuisses et des pieds (onyxis du gros orteil). En 1928, récidive des arthropathies : diplocoques dans l'urèthre et le liquide articulaire. La guérison se fait au prix d'ankyloses. En 1930, troisième poussée articulaire, s'accompagnant cette fois de lésions pustulo-croûteuses des mains et des pieds, sans gonocoques dans l'urèthre, gonoréaction négative. Évolution chronique des lésions vésiculo-pustuleuses des doigts et des pieds, aboutissant à des formations croûteuses, squameuses. Le diagnostic hésite entre arthrite blennorragique avec lésions cutanées, psoriasis arthropathique et éruption pustuleuse et enfin acrodermatite continue d'Hallopeau. A propos de cette curieuse observation, F. discute des formes limites entre l'acrodermatite et les polyarthrites, soit psoriasiques, soit blennorragiques. L. CHATELLIER.

Sur la pathogénie du lupus érythémateux (Zur Pathogenese des Lupus erythematodes), par O. KREN. *Wiener klinische Wochenschrift*, année **48**, n° 7, 15 février 1935, p. 193.

K. apporte sa contribution à la question toujours disputée de l'étiologie du lupus érythémateux. Pour lui, la cause la plus fréquente est incontestablement la tuberculose. Mais la démonstration de la nature bacillaire exige des précautions. Si les réactions biologiques gardent de l'intérêt, elles passent après les constatations cliniques et anatomiques. Sur le matériel d'autopsie, il ne faut pas se contenter d'un simple examen microscopique, car la tuberculose, surtout au niveau des ganglions, donne souvent des images d'inflammation banale : la recherche de bacilles et l'inoculation à l'animal sont indispensables. L'examen des viscères doit être minutieux. Sur le vivant, le foyer tuberculeux peut passer inaperçu ; mais il existe des poussées passagères de bacillémie, qui permettent les localisations secondaires du bacille, non seulement sur la peau, mais encore dans l'œil et que l'hémoculture peut révéler. En ces quatre dernières années, K a observé 88 lupus érythémateux (87 lupus discoïdes ou disséminés ; 55 femmes et 33 hommes). 66 malades ont été examinés à fond ; deux d'entre eux sont morts et l'autopsie a confirmé la tuberculose ; 36 autres présentaient des adénopathies ; un petit nombre seulement a pu être radioscopé et chez eux, images ganglionnaires cervicales ; 3 fois les ganglions ont été enlevés : 1 fois lésions microscopiques et tuberculisation du cobaye ; le deuxième malade, après l'extirpation du ganglion calcifié, a présenté un deuxième ganglion de même caractère ; chez le troisième, ganglion inflammatoire, mais sur les points de suture, taches de lupus érythémateux.

Sur les 66 malades, une tuberculose rénale et une spondylite tuberculeuse ; 47 fois, lésions pulmonaires certaines ; 4 fois, lésions suspectes, 15 fois, aucun signe pulmonaire. Sur les 19 malades, 8 choroïdites « qui ne pouvaient être distinguées de la choroïdite tuberculeuse » ; des 11 malades restant, 3 présentaient une anamnèse positive, des

adénopathies, des signes radioscopiques et une hémoculture positive ; 2 autres, ganglions hilaires calcifiés et zones de calcification dans le poumon ; chez 2 autres, ombres hilaires (calcaires chez l'un) et une hémoculture positive ; les 4 autres offraient des stigmates ganglionnaires, avec dans 2 cas culture positive.

En somme, des 66 malades, il n'y en avait pas chez qui l'on ne constatât aucun symptôme de tuberculose. A noter la fréquence des lésions oculaires : chez près de 50 o/o des lupus érythémateux, l'on trouve soit de la choroïdite, soit de la kératite.

L. Chatellier.

Pseudoxanthome élastique et stries angioïdes sur le fond d'œil (Pseudoxanthoma elasticum und gefässähnliche Streifen im Augenhintergrund), par A. Matras. *Wiener klinische Wochenschrift*, année 48, n° 7, 15 février 1935, p. 198, 1 fig.

M. rapporte 4 observations de pseudo-xanthome élastique de Darier. Tous les 4 malades présentaient, outre les lésions cutanées, des stries « angioïdes » du fond de l'œil, combinaison signalée par Wirz et Marchesani comme une maladie systématisée du tissu élastique, d'origine ou de fondement congénital. En effet, chez 2 malades de M., l'affection est familiale (2 sœurs), elle a apparu dans le jeune âge ou à la puberté. Dans sa première observation, il est intéressant de souligner la consanguinité des parents. L. Chatellier.

Formation d'os dans la peau (ossification non métaplasique) (Knochenbildung in der Haut (Nicht-metaplastiche Verknöcherungen)), par A. Musger. *Wiener klinische Wochenschrift*, année 48, n° 7, 15 février 1935, p. 200, 4 fig.

Dans cet article, M. étudie seulement les formations osseuses de la peau, développées sans métaplasie du tissu cutané. Il s'agit le plus souvent de vices de développement et l'on peut parler d'ostéomes vrais. M. rapporte deux intéressantes observations. La première concerne un vieillard de 78 ans qui présentait sur le nez une tumeur développée en un an environ. Au microscope, épithéliosarcome (épithélioma baso-cellulaire et sarcome), dont le sarcome seul est le siège d'une ossification diffuse. A ce propos, étude critique rapide des épithéliosarcomes. La deuxième est celle d'une malade de Artz : elle présentait sur le front et les joues des nodules durs, disséminés, constitués par des formations osseuses vraies, des formations ostéoïdes. M. range ce cas dans les ostéomes vrais. En résumé, les ossifications cutanées non métaplasiques sont rares ; elles peuvent apparaître dans les deux sexes et à tout âge, de préférence dans le jeune âge. Leur siège est variable. L'ossification est circonscrite (ostéose cutanée circonscrite) ou multiple ; elle est superficielle ou profonde. Leur origine, dans la plupart des cas, se trouve dans des inclusions embryonnaires ; plus rares, les ostéoses cutanées par métastase d'une tumeur du squelette ou par

inclusion traumatique de fragments périostés. Il s'agit, tantôt de formations tumorales (ostéomes), tantôt de formations hyperplasiques simples, tantôt de formes développées sans caractères blastomateux ou hyperplasique. L. CHATELLIER.

Sur l'avenir des alopécies malignes (Ueber das Schicksal maligner Alopezien), par G. NOBL. *Wiener klinische Wochenschrift*, année **48**, n° 7, 15 février 1935, p. 205.

N. rapporte plusieurs observations d'alopécie totale du cuir chevelu (avec parfois chute de tous les autres poils), dont l'évolution capricieuse semble échapper à toute thérapeutique, guérissant parfois après des années alors que tout traitement avait été abandonné. Le traitement consistait en irritations locales, en opothérapie mono- ou pluriglandulaire, en irradiations de l'hypophyse.

L. CHATELLIER.

Lésions cutanées par le chlorure de calcium employé à la fabrication des glaces (Hautveränderungen durch Chlorkalzium bei der Herstellung der sogenannten Eislutscher), par M. OPPENHEIM. *Wiener klinische Wochenschrift*, année **48**, n° 7, 15 février 1935, p. 207, 2 f.

Les dermatoses causées par les sels de chaux, en particulier par l'azotate de Ca, ont été bien étudiées par Oppenheim et Lackenbacher. Mais les lésions par le chlorure de calcium sont peu connues. O. rapporte l'observation d'un malade qui présentait sur le dos des pieds des cicatrices par action caustique et des papules dures, sèches, douloureuses. Le malade était employé dans une fabrique de glaces où le mélange réfrigérant était constitué par une solution concentrée de $CaCl^2$, dont les gouttes lui tombaient sur les pieds lors des manipulations des récipients. Par l'expérimentation, O. confirme les résultats déjà obtenus dans l'étude des accidents par l'azotate de chaux. Il constate que l'intensité de l'irritation provoquée par les sels de chaux correspond à leur inonisation : la $CaCl^2$ donne des réactions plus fortes que l'acétate, l'acétate que l'oxy-acétate ; le gluconate ne provoque pas de réaction. Vu l'extension de l'industrie du froid, où l'emploi du $CaCl^2$ se répand, il devient nécessaire d'empêcher l'égouttement des solutions et aussi de protéger pieds et mains des ouvriers.

L. CHATELLIER.

Sur l'histogénèse du syringocystadénome (Zur Histogenese des Syringocystadenoms), par G. RIEHL jun. *Wiener klinische Wochenschrift*, année **48**, n° 7, 15 février 1935, p. 209, 1 fig.

R. rapporte l'observation d'un syringocystadénome développé sur la vulve d'une femme de 43 ans ; mais on trouvait en outre des tumeurs distribuées systématiquement sur le visage (surtout aux paupières) et isolées au niveau du mamelon. Histologiquement, structure typique habituelle : boyaux épithéliaux, dilatations kystiques à contenu tantôt cellulaire, tantôt colloïde, tantôt corné ; les tumeurs étaient séparées

du derme par un manteau de fines fibres conjonctives mêlées à des fibres musculaires lisses. Ce fait confirme les conceptions de Kyrle et Fischer, qui considèrent le syringocystadénome comme une malformation des apocrines. Le syringocystadénome, si l'on se rapporte à la notion d' « ébauche épithéliale primaire » de Mark (cette ébauche donnerait chez les mammifères naissance aux sébacées, aux apocrines et aux poils) se trouverait ainsi histogénétiquement très voisin de l'épithélioma adénoïde kystique. L. CHATELLIER.

Traitement de diverses dermatoses par la transfusion (Die Behandlung verschiedener Hauterkrankungen mit Bluttransfusionen), par G. SCHERBER. *Wiener klinische Wochenschrift*, année **48**, n° 7, 15 février 1935, p. 211.

La transfusion, qui est si efficace dans les brûlures, s'est montrée bienfaisante dans d'autres dermatoses : dans un cas d'impétigo herpétiforme récidivant, S. a obtenu un excellent résultat ; de même dans le purpura hémorragique, l'érythème polymorphe, dans certaines septicémies, dans les dermatites arsenicales ou aurifères. Il a surtout obtenu un effet extrêmement heureux dans un cas de pemphigus vulgaire, qui est resté guéri. L. CHATELLIER.

Sur la radiothérapie du lupus vulgaire (Zur Röntgenbehandlung des Lupus vulgaris), par R. VOLK. *Wiener klinische Wochenschrift*, année **48**, n° 7, 15 février 1935, p. 216.

Les avis sont encore partagés sur la valeur du traitement du lupus par les rayons X. Vanté par les uns, il est rejeté par d'autres. V. pense que la radiothérapie du lupus ne doit pas s'appliquer à tous les cas (la réserver aux lupus hypertrophiques ou ulcérés), qu'elle doit être prudente (éviter les doses trop fortes et trop rapprochées), car les accidents surviennent parfois tardivement. V. emploie des rayons de dureté moyenne, un tiers à une demi-dose érythème par plage, sous 1 à 4 mm. Al, en évitant soigneusement le chevauchement des champs d'irradiations ; l'intervalle entre les séances ne doit pas être inférieur à 4-6 semaines, et même davantage. Il est utile d'associer la Finsenthérapie. Quant aux rayons-limite, l'on a tendance à employer des doses fortes. Malgré la moindre nocivité de ces rayons, il est bon de ne pas abuser des doses excessives, car le temps manque pour juger des résultats lointains. L. CHATELLIER.

Bruxelles Médical.

Les complications cutanées des traitements antisyphilitiques, par L. DEKEYSER. *Bruxelles Médical*, année **15**, n° 14, 3 février 1935, p. 337.

Bonne revue générale des manifestations cutanées d'intolérance survenant au cours des traitements antisyphilitiques. Étudiant successivement l'iodure de potassium, le mercure, l'arsenic, le bismuth, l'or, D. montre les divers types que peuvent revêtir ces accidents, il indique

les petits symptômes d'alarme, et l'évolution habituelle de ces complications.

H. RABEAU.

La cheilite glandulaire simple ou maladie de Puente, par R. BERNARD. *Bruxelles Médical*, année **15**, n° 17, 24 février 1935, p. 458.

Cette maladie peu connue, et dont Touraine et Solente ont rapporté des exemples à la Société française de dermatologie (8 novembre 1934), a été isolée par Puente, de Buenos-Ayres, en 1927. Celui-ci vient de publier une monographie sur cette déformation caractérisée par la présence dans la partie postérieure de la zone du bord libre rouge de la lèvre inférieure, d'orifices correspondant à des conduits excréteurs de glandes salivaires hétérotypiques. D'après ce mémoire, B. donne de cette affection qu'il n'a jamais eu l'occasion d'observer, une courte étude qui permettra aux médecins de la reconnaître.

H. RABEAU.

Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec.

Affection bulleuse récidivante, par E. GAUMOND. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec*, n° 11, novembre 1934, pp. 401-407.

Homme de 58 ans qui, après une crise de sialorrhée suivie d'une uréthrite, fait depuis deux ans et demi une dermite bulleuse récidivante avec conjonctivite, fissure suintante du milieu de la langue ; les érosions cutanées cicatrisèrent en laissant des macules pigmentées. Il s'agit vraisemblablement d'une maladie de Dühring : le novarsénobenzol a été sans effet, ainsi que le salicylate et la quinine.

A. BOCAGE.

Revista del Instituto medico (Sucre).

Quelques appréciations à propos des affections dominantes dans la campagne actuelle (Alganas apreciaciones acerca de las enfermedades dominantes en la actual campana), par E. T. OSORIO. *Revista del Instituto medico Sucre*, année **30**, n° 6, décembre 1934, p. 54.

E. T. O. relève les méfaits du paludisme, de la dysenterie bacillaire de la tuberculose. La carence des vitamines a eu pour conséquence des cas de xérophtalmie, de béribéri, de scorbut. Les adénites du Chaco, assez fréquemment observées, sont d'une étiologie obscure, bien que l'on ait pu les rattacher parfois à une infection tuberculeuse atténuée. Ce ne sont pas des adénopathies résultant d'une inoculation à distance, transmise par voie lymphatique. Elles ne sont pas secondaires à des lésions cutanées ou muqueuses, ni à des affections profondes, ni à une infection générale.

Elles siègent le plus souvent sur les parties latérales du cou, la région

parotidienne, le creux sus-claviculaire. Elles sont plus rares dans l'aine et dans l'aisselle.

Au début de la mobilisation, la propagation des maladies vénériennes dans les corps de troupe a présenté une intensité alarmante, mais s'est atténuée dans de notables proportions dès que sont intervenues les mesures prophylactiques. J. MARGAROT.

Actas Dermo-Sifiliograficas.

Nouvelle contribution à l'étude clinique de la cheilite glandulaire (Nova contribucion al estudio clinico de la queilitis glandular), par J. BEJARANO. *Actas dermosifiliograficas*, année **27**, n° 4, janvier 1935, p. 405, 1 fig.

La chéilite glandulaire est considérée comme une affection ayant pour siège exclusif la lèvre inférieure.

J. B. apporte le premier cas de sa localisation sur la lèvre supérieure. La présence de glandes salivaires hétérotopiques coïncide avec l'ébauche d'un bec-de-lièvre. Le fait peut être invoqué en faveur de la première interprétation de Puente et Aviccdo qui rattachent la chéilite glandulaire à une véritable malformation.

Dans le cas actuel, il s'agit d'une forme clinique complète, intéressant les deux lèvres. J. MARGAROT.

L'immunisation active dans la blennorragie au moyen de gonocoques vivants (La immunizacion activa en blenorragia mediante gonococos vivos), par Ricardo BERTOLOTY et Leopoldo HERRAIZ. *Actas dermo sifiliograficas*, année **27**, n° 4, janvier 1935, p. 407.

Le traitement de 58 malades atteints de blennorragie par des vaccins préparés avec des gonocoques vivants démontre, d'après les auteurs, la supériorité de cette méthode sur la vaccinothérapie classique. Son efficacité est comparable à celle de la cure mixte à la fois locale et générale.

Les résultats sont obtenus dans quelques cas avec une extraordinaire rapidité. J. MARGAROT.

Contribution à l'étude des formes rares de l'épithélioma cutané. Forme squirrheuse, simulant une plaque de sclérodermie de localisation atypique (Contribucion al estudio de las formas raras del epithelioma cutaneo. Forma escirrosa simulando una placa de esclerodermia de localizacion atipica), par Xavier VILANOVA. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **27**, n° 4, janvier 1935, p. 416, 7 fig.

Un malade présente sur le tiers supérieur de la face dorsale du nez une tache achromique, d'un blanc nacré, de surface lisse, du diamètre d'une lentille, légèrement indurée sur ses bords, déprimée en cupule dans sa partie centrale et recouverte d'une petite squame en ce point.

Huit ans après, la lésion s'est à peine modifiée. Son diamètre atteint celui d'une pièce d'un centime. Elle est mobile sur les plans profonds et complètement indolente. Elle n'a aucun caractère de néoplasie épi-

théliale et fait penser à un nævus achromique ou à une plaque de sclérodermie.

Les caractères histologiques de la tumeur la rapprochent des épithéliomas métatypiques intermédiaires de Darier. Elle paraît s'être développée aux dépens du collet des follicules pilo-sébacés, ainsi que de la partie profonde des gaines du poil. J. Margarot.

Eléphantiasis péno-scrotal d'origine lymphogranulomateuse (Elefantiasis peneoescrotal de origen linfogranulomatoso), par A. Navarro Martin. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 4, janvier 1935, p. 425, 2 fig.

L'éléphantiasis génito-rectal est une séquelle de la poradénite plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.

N. M. signale un cas d'œdème du pénis et du scrotum associé à un début de rétrécissement rectal. Le malade soumis à des injections intraveineuses d'antigène de Frei, suivant la technique d'Hellerström, a été très amélioré. Les organes génitaux externes sont revenus à un volume normal. J. Margarot.

Bilirubinémie en syphiligraphie (Bilirrubinemia en sifiliografia), par E. de Gregorio et E. L. Valente. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 4, janvier 1935, p. 431.

Étant donnée l'importance de la fonction hépatique chez tout malade soumis à un traitement antisyphilitique, les auteurs ont dosé la bilirubine du sang de façon systématique et se sont proposé l'établissement de courbes indiquant le taux de ce pigment en fonction de l'intensité du traitement.

Le dosage est effectué par l'adjonction au sérum examiné d'une quantité variable de bleu de méthylène.

Les malades traités par le salvarsan sont répartis en deux groupes. Les uns, atteints de syphilis récente en activité, ont une bilirunémie normale dans 19 cas, ou supérieure à la normale dans 13 cas avant toute thérapeutique. Les autres, atteints de syphilis avec latence clinique, mais avec une sérologie positive, présentent dans les mêmes conditions des chiffres normaux dans 42 cas et supérieurs à la normale dans 9 cas.

Dans le premier groupe, on note l'augmentation du taux de la bilirubine chez 9 malades, tandis qu'elle redescend à son taux normal chez 10 sujets sur les 13 qui avaient au début des chiffres supérieurs à la normale.

Dans le second groupe, on trouve à la fin du traitement des chiffres normaux chez 34 sujets et supérieurs à la normale dans 16 cas.

Chez deux ictériques, le salvarsan fait baisser le taux de la bilirubine du sang, après une augmentation passagère dans l'une des observations.

L'abaissement de la bilirunémie à la fin d'une cure paraît en rapport avec l'amélioration par la médication arsenicale d'une hépatite syphilitique latente. Son augmentation dans les mêmes conditions semble indiquer une altération toxi-médicamenteuse de la cellule hépatique.

J. Margarot.

Angiome hypertrophique (Angioma hipertrofico), par Jaime de Anduza. *Actas dermo-sifiliografias*, année 27, nº 4, janvier 1935, p. 439, 2 fig.

Une petite fille de 3 ans présente un angiome en évolution du membre inférieur droit associé à une hypertrophie de ce membre. Il ne s'agit pas d'une simple augmentation de volume causée par la tumeur, mais d'un développement exagéré des parties molles et des os de la région. J. Margarot.

A propos du traitement intensif de la syphilis (Acerca del tratamiento intensivo de la sifilis), par José Gomez Orbaneja. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, nº 4, janvier 1935, p. 444.

L'auteur a pratiqué la cure de saturation salvarsano-bismuthique, suivant le schéma de Schreus chez des sujets atteints de syphilis primaire avec réactions sérologiques positives, dans des syphilis secondaires cutanéo-muqueuses et dans la syphilis nerveuse. Les résultats sont sensiblement les mêmes que ceux du traitement maximal d'Hoffmann, mais la comparaison ne se fonde que sur les examens cliniques et sérologiques. Il n'existe aucun moyen de contrôle précoce qui permette de porter des conclusions définitives sur la valeur respective des deux méthodes. J. Margarot.

Métabolisme des hydrates de carbone et dermatoses (Metabolismo de hydratos de carbono y dermatosis), par R. G. Medina. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, nº 4, janvier 1935, p. 474.

Sur 50 malades atteints de dermatoses diverses, l'auteur trouve 22 courbes prédiabétiques. Dans la moitié de ces cas, la courbe est franchement diabétique. L'hypoglycémie n'est notée que dans deux observations.

Le traitement par l'insuline n'a pas donné de résultats satisfaisants sauf dans un cas de lichen plan. J. Margarot.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Contribution à l'étude de la syphilis expérimentale du lapin (Contribución al estudio de la sifilis experimental del conejo), par J. Mercadal Peyri. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, année 10, nº 3, décembre 1934, p 203, 3 fig.

M. P. considère l'inoculation sous-cutanée dans le scrotum, pratiquée avec un syphilome initial récent, comme le procédé d'élection dans la syphilis expérimentale du lapin.

La réaction de Wassermann, négative avant l'inoculation, devient positive lorsqu'apparaît la lésion primaire, redevient et se maintient négative après la guérison du chancre par le traitement spécifique. La réaction de Meinicke (MKR) présente un parallélisme analogue avec les manifestations cliniques. J. Margarot.

Un cas de maladie de Fox-Fordyce (Un caso de enfermedad de Fox-Fordyce), par J. Conejo Mir et J. Bravo Oliva. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, année **10**, nº 3, décembre 1934, p. 215, 6 fig.

Une femme de 34 ans présente des lésions typiques de la maladie de Fox-Fordyce dans les aisselles. Un prurit violent les accompagne, s'exagérant au moment des règles et pendant le coït. Le métabolisme basal est supérieur de 25 o/o à la normale.

J. Margarot.

American Journal of Syphilis and Neurology (Saint-Louis).

Comparaison entre les liquides céphalo-rachidiens prélevés par ponction sous-occipitale et par ponction lombaire chez les syphilitiques (A comparative estimation of cerebro-spinal fluid from cisternal and lumbar punctures in syphilitic patients), par Moskvin, Markuss et Vassilieva. *American Journal of Syphilis and Neurology*, vol. **19**, nº 1, janvier 1935, p. 77.

Étude basée sur l'examen de 220 liquides céphalo-rachidiens. La ponction sous-occipitale et la ponction lombaire étaient pratiquées, soit simultanément, le malade étant couché sur le côté, soit successivement, la ponction sous-occipitale d'abord, la ponction lombaire ensuite.

La lymphocytose, l'albuminose et les réactions colloïdales se sont montrées identiques aux deux étages du rachis. Seules les réactions de Bordet-Wassermann ont été quelquefois dissemblables ; la différence porte sur le degré de la réaction et peut atteindre la valeur de deux plus sur quatre suivant les quantités de liquide utilisées pour la réaction. On peut, par exemple, trouver des résultats identiques en se servant de 1 centimètre cube de liquide et des résultats légèrement dissemblables en utilisant seulement 0,5 cc. ou 0,1 cc.

Pour éviter les conditions dans lesquelles apparaissent ces différences de degré d'hémolyse, il est recommandé d'utiliser toujours 1 centimètre cube de liquide lorsqu'il s'agit de pratiquer des réactions de fixation sur le liquide céphalo-rachidien.

S. Fernet.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Les tuberculides de Lewandowsky simulant la rosacée (Rosacea-like tuberculid of Lewandowsky), par Mac Kee et Sulzberger. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **31**, nº 2, février 1935, p. 159, 9 fig.

Lewandowsky a décrit en 1917 une variété de tuberculides qui sont souvent méconnues en raison de leur ressemblance avec la rosacée, d'une part et le lupus miliaire de la face, d'autre part.

Il s'agit de petites papules discrètes, rouge foncé ou brunâtres, de la grosseur d'une tête d'épingle à un grain d'orge, distribuées en grand nombre sur les joues, le front, le menton. La teinte violacée de

la figure et la présence de quelques télangiectasies complètent la ressemblance avec la rosacée.

Cependant, il y a prédominance d'éléments papuleux, pas de lésions acnéiformes franches, la teinte des papules tire sur le jaune-bistre ; elles ne s'effacent pas complètement par la compression qui fait apparaître des nodules jaunâtres à leur base.

La distribution de ces lésions n'est pas celle de la rosacée : elles occupent les joues, le front, le menton, quelquefois s'étendent aux paupières, au cou, au cuir chevelu, mais respectent le plus souvent le centre de la face et en particulier le nez. Même après des années d'évolution, il n'y a aucune tendance à la rosacée hypertrophique ou au rhinophyma. Il n'y a d'ailleurs pas d'hyperplasie ni d'hyperactivité des glandes sébacées.

L'évolution est marquée par l'apparition incessante de nouveaux éléments tandis qu'un certain nombre s'affaissent, laissant des petites cicatrices atrophiques.

Les deux sexes sont atteints avec une égale fréquence à l'âge qui est celui de la rosacée, entre 25 et 70 ans.

La structure de ces lésions est franchement tuberculoïde.

Les tests cutanés sont difficiles à interpréter en raison de l'anergie fréquente au cours des tuberculides. Cependant, les tuberculides de Lewandowsky doivent être rangées parmi les plus sensibles à la tuberculine ; on obtient des intradermos positives dans plus de la moitié des cas et la pommade de Moro donne lieu à une exacerbation nette des lésions. Cette hypersensibilité relative à la tuberculine distingue ces tuberculides des sarcoïdes miliaires de la face au cours desquelles il y a habituellement anergie complète.

MK. et S. ont observé dix cas de tuberculides de cette espèce et publient de belles photographies. Ils relèvent dans tous ces cas l'inefficacité complète des traitements anti-acnéiques et recommandent d'avoir recours aux sels d'or, aux rayons ultra-violets, à un régime riche en vitamines, à l'antigénothérapie intradermique prudente.

S. FERNET.

Tuberculose simulant la rosacée (Rosacea-like tuberculosis), par WILE et GRAUER. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **31**, n° 2, février 1935, p 174, 3 fig.

W. et G. étudient et discutent les tuberculides de Lewandowsky dont ils ont observé cinq cas.

Les examens histologiques qu'ils ont pratiqués ont montré des structures non pas seulement tuberculoïdes, mais franchement folliculaires avec nécroses centrales. Malgré des recherches de bacilles constamment négatives, malgré des inoculations également négatives, ils pensent qu'il s'agit de lésions tuberculeuses vraies et non de tuberculides.

S. FERNET.

Méthode perfectionnée de la dopa-réaction (coupes paraffinées) (An improved (paraffin section) method for the dopa-reaction), par BECKER, PRAVER et THATCHER *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **31**, n° 2, février 1935, p. 190, 3 fig.

Les auteurs proposent une combinaison de la dopa-réaction avec la méthode de Masson. Grâce à cette technique, on peut pratiquer des coupes minces qui ne peuvent être obtenues par congélation.

Cette technique est la suivante : une pièce de 3 à 5 millimètres d'épaisseur est immergée dans la solution de di-oxy-phénylalanine, préparée suivant la méthode simplifiée de Laidlaw et Blackberg. La solution est renouvelée au bout d'une demi-heure et maintenue pendant 12 à 15 heures à l'étuve à 37°. La pièce et la solution ont alors pris une couleur noire. Fixation dans le Bouin pendant 48 à 72 heures, puis lavage de la pièce à l'alcool et au toluène avant inclusion dans la paraffine contenant 5 o/o de cire. On pratique alors des coupes de 5 à 6 microns ; la paraffine est enlevée au moyen de toluène et de xylène, puis lavée à l'alcool et à l'eau. On pratique ensuite une coloration du fond, de préférence par le trichrome de Masson.

Cette méthode permet d'identifier et d'étudier plus facilement les cellules pigmentaires, mais il faut tenir compte d'un certain degré de coloration non spécifique des pigments préexistants.

L'emploi de cette méthode confirme l'opinion de Masson que la pigmentogénèse se fait dans les mélanoblastes et non dans les cellules en palissade qui constituent la couche basale. Il n'existe aucune forme de transition entre ces deux variétés distinctes de cellules.

S. FERNET.

Acrodermatite chronique atrophiante (Acrodermatitis chronica atrophicans), par SWEITZER et LAYMON. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **31**, n° 2, février 1935, p. 196, 4 fig.

Aperçu bibliographique et étude des formes rares ou associées de l'acrodermatite atrophiante à propos de quatre cas personnels.

L'une des observations à trait à un cas de maladie de Pick-Herxheimer s'accompagnant de la présence de nodules fibreux, d'arthrites déformantes, d'atrophies osseuses, d'une sclérodermie en bande et d'atrophie des muqueuses.

Dans les autres cas, il y avait association de l'acrodermatite avec une atrophie maculeuse, un lichen plan, une plaque de sclérodermie.

S. FERNET.

La pellagre aux Indes (Pellagre in India), par PANJA. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **31**, n° 2, février 1935, p. 213.

Guérison d'un cas grave de pellagre par l'hétéro-hémothérapie.

S. FERNET.

Une nouvelle réaction pour le diagnostic de la lymphogranulomatose inguinale (A new immunologic reaction for the diagnosis of lymphogranuloma inguinale), par Reiss. *Archives of Dermatology and Syphilology* vol. 31, n° 2, février 1935, p. 215.

R. a constaté que le sang des individus atteints de lymphogranulomatose inguinale, prélevé au cours du deuxième et du troisième septenaire, a des propriétés antigéniques et qu'il donne des réactions identiques à celles de l'antigène de Frei.

Le sérum, préalablement additionné d'une solution phéniquée à 0,5 o/o, doit être injecté dans le derme à la dose de 0,1 cc. La réaction se produit au bout de 48 heures et dure 8 à 10 jours. Dans les six cas observés et rigoureusement contrôlés, ces réactions se sont montrées parfaitement spécifiques.

Il n'en est plus de même si l'on se sert de sérum de convalescent ; à cette période, le sérum paraît contenir des anticorps spécifiques ; additionné à l'antigène de Frei, il neutralise ses propriétés antigéniques.

S. Fernet.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Epithélioma psoriasiforme de la peau (Psoriasiform carcinoma of the skin), par Savatard. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. 47, n° 2, février 1935, p. 51, 10 fig.

S. propose d'englober sous le nom d'épithélioma psoriasiforme toutes les variétés d'épithéliomas superficiels chroniques. Ces lésions restent longtemps cantonnées à l'épiderme avant d'envahir le derme ; on les considère à tort comme des états précancéreux, ce sont en réalité des épithéliomas chroniques intra-épidermiques, d'allure un peu spéciale. Tel est le cas pour la maladie de Paget, la maladie de Bowen, l'érythroplasie de Queyrat, etc. Toutes ces lésions ont des caractères communs : elles sont psoriasiformes, plus ou moins squameuses, bien limitées par un ourlet annulaire ou serpigineux ; leur accroissement est lent ; la prolifération cellulaire se fait vers la surface ; ces lésions reposent longtemps sur la peau avant de s'infiltrer dans la peau ; elles sont solitaires ou multiples et peuvent s'atrophier en partie ou même en entier. Toutes sont constituées par une hyperplasie épidermique portant sur la couche granuleuse ou sur l'épithélium des canaux glandulaires ; l'extension se fait non pas par envahissement des régions voisines mais par extension du processus métaplasique.

Le terme d'épithélioma psoriasiforme a l'avantage de grouper toutes les espèces d'épithéliomas superficiels et d'éviter l'emploi de termes parmi lesquels règne encore une grande confusion.

S. Fernet.

Archivio italiano di Dermatologia, Sifilographia e Venereologia (Bologne).

L'alcool dans l'étiopathogénie de la pellagre et la pseudo-pellagre alcoolique, par Francesco TAZZARI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. **11**, fasc. 2, février 1935, p. 12, 5 fig. Bibliographie.

La pathogénie du syndrome pellagroïde (cutané-nerveux-intestinal) est encore entourée de beaucoup d'obscurités et a suscité des théories nombreuses, parmi lesquelles la plus communément acceptée est celle qui incrimine la consommation de maïs altéré. Mais cette théorie a eu cependant des contradicteurs, et notamment Bouchard, Landouzy et Billod, qui publièrent des cas de pellagre pour lesquels l'étiologie maïsique ne pouvait être invoquée. D'autres, il est vrai, comme Lombroso et Roussel, soutinrent que, dans les cas étudiés par les auteurs susnommés, il ne s'agissait pas de pellagre vraie et qu'il y avait lieu de distinguer la pellagre vraie des pseudo-pellagres, ces dernières comprenant notamment trois formes : la pellagre sporadique, la pellagre nerveuse, la pellagre éthylique.

Pour essayer d'arbitrer ces divergences, T. a étudié dix cas de syndromes pellagroïdes qui ont été observés dans ces dernières années à la Clinique de Bologne. Il en rapporte les observations, d'où s'avère le fait que, chez tous ces sujets, il y avait des antécédents alcooliques plus ou moins avoués. T. discute chacune de ces observations et développe ensuite des considérations générales tirées de cette discussion. Et il aboutit aux conclusions suivantes :

1° Il existe un certain nombre de malades chez lesquels le syndrome de la pellagre se présente sous une forme incomplète ou fruste et même parfois complète.

2° Ce syndrome, depuis les formes les plus légères jusqu'aux formes les plus intenses et les plus graves, se montre avec toute la gamme des phénomènes de la triade symptomatique de la pellagre classique.

3° Dans ce syndrome, les manifestations aux dépens de la peau ne font jamais défaut, et parmi celles-ci on observe toujours les lésions de la face dorsale des mains, moins souvent celles du cou, et beaucoup moins fréquemment les lésions du visage, des pieds, etc....

4° Presque toujours, quoique à un degré variable, existent des troubles nerveux, qui le plus souvent ont les caractères de ceux que l'on observe dans l'éthylisme.

5° Les troubles aux dépens du tube digestif se sont montrés moins constants et plus légers.

6° Chez tous les malades qui ont fait l'objet de cette étude, l'alcoolisme, à un degré variable, de date récente ou ancienne, était manifeste, et par contre les facteurs étiopathogéniques de la pellagre vraie faisaient défaut.

7° En outre, presque toujours, on a pu constater l'influence pathogénique des rayons solaires, dont l'action est suivie de l'explosion des symptômes pellagroïdes, chez des sujets évidemment sensibles, ou sensibilisés.

8° Les malades étudiés présentaient des symptômes de la pellagre, moins intenses, incomplets ou frustes, qu'il était souvent impossible cliniquement de différencier de ceux de la pellagre vraie. Majocchi a bien indiqué pour ces cas des caractères différentiels, mais l'auteur ne pense pas qu'ils aient une valeur constante et absolue.

9° On peut donc déduire de ces faits que l'ensemble des symptômes observés, cliniquement semblables ou identiques à ceux de la pellagre vraie, constitue un syndrome qui peut apparaître sous l'influence de facteurs étiopathogéniques divers, dont le plus important est l'alcool.

10° Sans vouloir en aucune manière tirer des conclusions définitives, l'auteur croit pouvoir énoncer l'hypothèse que le syndrome pellagreux ou pellagroïde peut apparaître comme conséquence de facteurs étiopathogéniques divers, soit dans la forme classique grave, soit dans les formes atténuées, frustes et incomplètes, chez des sujets à terrain prédisposé, idiosyncrasique ou allergique, chez lesquels cependant un facteur prédisposant manifeste une prédominance fréquente et importante : l'alcoolisme chronique et un facteur déterminant manifeste une action déclenchante : l'influence des rayons solaires.

Belgodere.

Quelques données sur la cytologie des processus inflammatoires cutanés artificiellement provoqués dans divers états morbides, par Giulio Radaeli et Gino Rossi. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. **11**, fasc. 2, février 1935, p. 152. Bibliographie.

Les recherches entreprises par les auteurs ont eu pour point de départ le fait suivant : chez une malade atteinte de pemphigus végétant, ils avaient constaté, dans la suppuration provoquée par une application d'huile de croton, une éosinophilie très accentuée, comparable à celle qui existait dans les lésions spontanées, et accompagnée d'un nombre important de *mastzellen*. De plus, le cas de cette malade avait été remarquable par son évolution particulièrement bénigne. L'idée se présentait donc à l'esprit qu'il pouvait exister un lien entre cet afflux facile d'éosinophiles dans la peau saine et les caractéristiques du cas envisagé.

Déjà, dans cet ordre d'idées, Cappelli avait obtenu des résultats intéressants, en étudiant l'histologie des zones cutanées saines chez les sujets atteints de diverses dermatoses. D'autres (Puxxeddu, Kauffmann) avaient étudié la cytologie des exsudats cutanés au cours de diverses maladies générales, notamment la pneumonie. Dans le domaine dermatologique, il n'a été fait dans ce sens que de rares recherches, dues à Olga Éliascheff, Bettmann, Flarer et Fieschi.

Les recherches des auteurs ont porté sur deux groupes de malades.

Le *premier groupe* a été soumis à des applications d'huile de croton, et les comparaisons nécessaires ont été faites avec la formule hématique et, dans les cas d'affections pemphigoïdes, avec le contenu cellulaire des éruptions spontanées ; il a été également pratiqué des coupes histologiques de fragments de lésions prélevés par biopsie ; dans le *second groupe*, des comparaisons ont été faites, en outre, avec le contenu cellulaire de bulles de vésicatoire. Les recherches ont porté surtout sur des maladies appartenant au groupe du pemphigus, et aussi sur d'autres cas qui présentaient une éosinophilie hématique très prononcée. L'étude cytologique a été limitée aux éosinophiles et aux cellules à granulations basophiles ou *Mastzellen*, parce que ces deux variétés sont celles dont les caractères histologiques sont les plus nets et les plus tranchés.

Les résultats obtenus ont été assez variables et parfois de difficile interprétation. Ils ont montré que l'hyperéosinophilie hématique n'entraîne pas forcément un processus semblable dans le pus du croton, ou dans le liquide de bulle. Le plus souvent, l'éosinophilie de l'exsudat est moins accentuée que celle du sang. La présence, dans le pus de croton, d'une éosinophilie *supérieure* à celle du sang n'a été constatée que dans quelques cas rares; tandis que, dans les autres, les résultats étaient contradictoires selon que le pus était prélevé dans des pustules différentes du même sujet. En général, dans les bulles de vésicatoire, le comportement des éosinophiles a été parallèle à celui des pustules de croton. En ce qui concerne le rapport entre l'éosinophilie du pus de croton et celle des lésions spontanées, on peut dire que toutes les modalités possibles ont été constatées. Quant aux mastzellen, elles ont, dans tous les cas, été rencontrées en proportion si faible que l'on ne peut tirer de cette recherche aucun argument utile.

En somme, ces travaux ont mis en évidence des déviations notables de la normale dans le comportement des éosinophiles de l'exsudat cutané provoqué en peau saine. Les auteurs pensent que ces modifications sont le reflet de *modifications allergiques* de l'organisme et exposent les arguments qui militent en faveur de cette interprétation ; c'est en effet une opinion qui a déjà été soutenue par divers auteurs, que les éosinophiles sont en rapport avec les phénomènes d'allergie en général.

Les constatations qui ont été faites ne peuvent être d'aucune utilité au point de vue du *diagnostic*, mais elles montrent cependant que, dans certaines maladies cutanées, l'excitant qui provoque l'éosinophilie générale peut avoir un point de départ cutané.

Elles peuvent servir aussi pour le *pronostic*, attendu que l'on tend à attribuer aux éosinophiles une capacité de défense de l'organisme et de ses tissus, que, dans certaines observations, l'éosinophilie a semblé coïncider avec une évolution favorable de la maladie, tandis que l'évolution inverse a été constatée dans d'autres cas où l'éosinophilie faisait défaut.

BELGODERE.

Statistique des tuberculoses cutanées observées à la clinique dermosyphilopathique de Bologne dans les années 1896-1932, par Gino Collinelli. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia,* vol. **11**, fasc. 2, février 1935, p. 173.

Le long espace de temps, 36 ans, sur lequel s'étend cette statistique, lui donne un intérêt particulier, en raison de l'importance du nombre des cas. Mais il est évidemment difficile de résumer une suite de tableaux et de graphiques. Il faut donc nous borner à signaler quelques-uns des traits les plus saillants de cette statistique.

Certaines formes, telles que le lupus vulgaire, le scrofuloderme, le lupus pernio, se rencontrent constamment chaque année, de même que le lupus érythémateux.

D'autres, comme l'érythème induré de Bazin, l'érythème pseudo-induré de Majocchi, et les tuberculides papulo-nécrotiques ne font leur apparition que vers 1910.

Enfin, d'autres formes plus rares apparaissent d'une manière intermittente, à diverse distance d'années, certaines plus fréquentes dans la première décade, d'autres, au contraire, dans ces dernières années.

Sur le chiffre global de tuberculose cutanée, le lupus vulgaire représente 40 o/o ; il s'est montré plus fréquent chez les femmes que chez les hommes dans la proportion de 3 à 2 ; il présente son maximum de fréquence de 10 à 20 ans, puis il décroît progressivement jusqu'à 60 ans. Il a atteint son maximum de fréquence de 1910 à 1919, puis, depuis cette époque, il a été constamment en diminuant.

Du reste, d'une manière générale, toutes les tuberculoses cutanées ont tendance à diminuer depuis 1913-1914. Par rapport au total des affections cutanées, le pourcentage le plus bas a été observé en 1931 : 0,9 o/o, tandis que le pourcentage le plus élevé était constaté en 1897 : 5 o/o.

Le lupus érythémateux suit comme fréquence le lupus vulgaire ; il représente en effet 33 o/o des tuberculoses cutanées. Lui aussi est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, dans la proportion de 2 à 1 et son maximum de fréquence est entre 30 et 40 ans. Contrairement au lupus vulgaire, sa fréquence aurait plutôt tendance à augmenter.

Dans l'ordre de fréquence, aux deux formes précédentes fait suite le scrofuloderme, dont la proportion sur le total des tuberculoses cutanées est de 12 o/o. Sa fréquence tend également à diminuer d'une manière très nette.

Les autres formes de tuberculose cutanée sont beaucoup moins fréquentes. Tuberculides papulo-nécrotiques : 2,4 o/o. Érythème induré de Bazin : 3 o/o ; il a tendance à augmenter de fréquence dans ces dernières années. Tuberculose verruqueuse : 1,7 o/o. L'ulcère tuberculeux a pour ainsi dire disparu.

Il serait intéressant d'établir un parallèle entre la tuberculose cutanée et les tuberculoses internes ; mais cela est presque irréalisable

pour différentes raisons, entre autres parce que les statistiques des tuberculoses internes sont des statistiques de mortalité tandis que les statistiques de tuberculose cutanée sont des statistiques de morbidité, de sorte qu'elles ne sont aucunement comparables.

Belgodere.

Cas complexe de syphilis tertiaire ignorée (Note clinique), par Pietro Montagnani. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. **11**, fasc. 2, février 1935, p. 196, 4 fig. Bibliographie.

Très intéressante observation d'un cas particulièrement grave et prolongé, et à manifestations multiples, de syphilis tertiaire méconnue, chez une vieille femme de 61 ans, pensionnaire d'un asile de vieillards.

Ces accidents avaient débuté 14 ans auparavant par une tuméfaction de la face dorsale du pied droit, puis de la face plantaire, qui avaient abouti à une ulcération avec atteinte ostéo-articulaire, et finalement un chirurgien avait cru devoir pratiquer une amputation médio-tarsienne. Quelques mois plus tard, nouvelle tuméfaction de la face dorsale de la main droite, aboutissant aussi à une ulcération ; un peu plus tard encore, lésions analogues de la jambe gauche.

Deux ans plus tard, nouvelle tuméfaction indolore, à évolution lente, du sein gauche. Plus tard encore, nouvelle tuméfaction de la face dorsale de la main droite, à côté des cicatrices de l'ulcération précédente. Enfin, en dernier lieu, sur la peau de la région frontale, apparition d'une éruption nodulaire à aspect lupoïde, à tendance assez rapidement extensive. En outre, altération de l'état général, affaiblissement, céphalées nocturnes, poussées fébriles légères.

La réaction de Bordet-Wassermann était fortement positive. Il y avait des antécédents héréditaires suspects (polymortalité infantile) et il en était de même des antécédents personnels : polymortalité infantile, et, dans la jeunesse, alors que la malade s'était placée comme nourrice, une histoire assez suspecte d'ulcération du mamelon de nature indéterminée.

L'examen radiologique du système osseux fournit des résultats très importants, mettant en évidence un épaississement diffus des os du crâne, tel qu'on en a signalé dans certains processus méningitiques chroniques ; des lésions des os des membres supérieurs et inférieurs dont les caractères permettaient nettement d'incriminer la syphilis.

Et en effet, la malade, soumise au traitement spécifique, vit toutes ses lésions sans exception s'améliorer sensiblement et rapidement dès les premières injections, même celles du sein et de la région frontale dont la nature était le plus douteuse, car une association pathologique n'était pas impossible. Au bout d'une simple série de dix injections bismuthiques, il y avait déjà une amélioration considérable, même au point de vue de l'état général, notamment disparition des céphalées et des poussées fébriles.

L'auteur discute ce cas, pour lequel il ne peut se prononcer sur l'ori-

gine syphilitique héréditaire tardive ou sur l'origine acquise. Mais en tout cas, il s'agissait indubitablement de cette forme qui a été décrite par Fournier sous le nom de « syphilis tertiaire à jet continu ». Il développe des considérations sur l'intérêt de cette syphilis méconnue, qui a donné lieu à de graves erreurs de diagnostic, très préjudiciables à la patiente, et insiste tout particulièrement sur les renseignements importants que peut fournir l'examen radiologique pour le diagnostic de la syphilis osseuse et sur l'importance du traitement d'épreuve.

BELGODERE.

Urticaire pigmentaire maculeuse et xanthélasmoïde chez un hérédoluétique, par G. LIONETTI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. 11, fasc. 2, février 1935, p. 215, 4 fig. Bibliographie.

Observation d'un enfant de six ans, qui présentait une éruption d'urticaire pigmentaire apparue à l'âge de deux ans. Cette éruption était limitée au tronc ; dans le dos, elle s'étendait de la nuque à la région lombaire, par devant, du cou à l'ombilic. Elle était formée de taches arrondies ou ovalaires de dimension variable, d'une lentille à une pièce de deux centimes. La plupart d'entre elles étaient maculeuses, certaines cependant, notamment du côté du cou, dans les régions exposées aux frottements des vêtements, étaient saillantes, xanthélasmoïdes. Leur couleur était en général café au lait, quelques-unes plus foncées, jaune-brun ou brun. Elles devenaient ortiées par le frottement, et du reste, la peau saine elle-même présentait un dermographisme prononcé.

A l'examen histologique, on constatait, notamment, l'abondance de pigment dans les cellules basales de la couche de Malpighi et, dans le derme, une dense infiltration cellulaire massive, qui s'étendait jusqu'à l'hypoderme, parfois plus accentuée autour des vaisseaux, formée de cellules disposées, tantôt en cordons, tantôt en tourbillons. Ces cellules avaient nettement les caractères des *Mastzellen* : abondantes granulations violettes dans les préparations au bleu polychrome.

La réaction de Bordet-Wassermann était positive chez l'enfant, chez son père et chez sa mère. En effet, le père avait contracté la syphilis après son mariage et avait contaminé sa femme avant la naissance de cet enfant, qui était donc un hérédo-syphilitique. On était donc tout naturellement tenté d'établir un lien entre cette hérédo-syphilis et l'affection cutanée. La pathogénie de l'urticaire pigmentaire est en effet très obscure : on a invoqué pour l'expliquer des troubles nerveux, des altérations du foie ou de la rate, du système endocrino-sympathique, troubles qui pourraient être eux-mêmes sous la dépendance de la syphilis. Mais ce qui venait, dans le cas étudié, ruiner l'interprétation pathogénique syphilitique, c'est que cet enfant avait un frère aîné, né avant la syphilis du père, par conséquent non hérédo-syphilitique et d'ailleurs avec Bordet-Wassermann négatif. Or, ce premier enfant avait été lui aussi atteint d'urticaire pigmentaire qui avait guéri spon-

tanément à la puberté comme il arrive souvent dans les cas qui datent des premiers temps de la vie. Du reste, dans le cas du second enfant, le traitement spécifique d'épreuve ne donna aucun résultat.

La question de l'étiologie de l'urticaire pigmentaire demeure donc toujours obscure. L'auteur pense que cette dermatose serait causée par une substance toxique circulant dans le sang et les mastzellen auraient pour fonction de protéger et de défendre les tissus contre cette substance. Dans le cas étudié, il y avait augmentation du nombre des mastzellen dans le sang circulant : 6 o/o. Mais les mastzellen qui se trouvaient dans les lésions n'étaient pas des polynucléaires ; elles avaient donc une origine histiogène, et non sanguine, de sorte que la prolifération de ces cellules dans le sang et dans les tissus doit être considérée comme les deux effets concomitants d'une même cause et non comme deux phénomènes interdépendants.

BELGODERE.

Il Dermosifilografo (Turin).

Pseudo-urétrite purulente à bacilles de Ducrey, par Jader CAPPELLI. *Il Dermosifilografo*, année **10**, n⁰ 2, février 1935, p. 69.

Chez un jeune homme de 26 ans, riche en antécédents vénéréologiques, car il avait été déjà atteint de deux blennorragies, de chancres mous et de syphilis, survient à nouveau un écoulement uréthral de pus jaune abondant, qui éveille tout naturellement, de prime abord, l'idée d'une nouvelle chaude-pisse. Mais le pus ne contient pas de gonocoques et des recherches bactériologiques systématiques ne peuvent mettre en évidence qu'un seul microbe, qui présente tous les caractères morphologiques du bacille de Ducrey. Devant la curiosité de ce fait qui, à la vérité, laissait sceptique, d'autant plus que l'on ne pouvait découvrir aucune trace d'ulcération et que l'état inflammatoire aigu ne pouvait permettre un examen uréthroscopique, le malade fut soumis à l'examen du Prof. Capelli. Celui-ci obtint les mêmes résultats bactériologiques : pas de gonocoques, présence du bacille de Ducrey. Des tentatives de culture échouèrent, les terrains de culture ayant été envahis par des microbes banaux. On se préparait à recourir à l'auto-inoculation lorsque l'on vit apparaître, à l'orifice d'un canal péri-uréthral, une gouttelette de pus, et il se forma au niveau de cet orifice, une érosion, sans caractères nets d'ailleurs. Mais les jours suivants deux autres ulcérations se développèrent, l'une au méat, l'autre sur la muqueuse du prépuce, toutes deux avec des caractères nets de chancre mou. Le problème étiologique se trouvait donc ainsi résolu par cette auto-inoculation spontanée.

Pour ce qui concerne l'interprétation de ce cas, C. propose deux hypothèses : ou bien infection primitive de la muqueuse uréthrale par le streptobacille, sans ulcération, se manifestant sous l'aspect d'une

uréthrite purulente aiguë, ou bien infection primitive d'un canalicule para-uréthral, ayant abouti à la formation d'un abcès, qui s'était ouvert primitivement dans l'urèthre, et secondairement à l'extérieur.

C. opine plutôt pour cette seconde hypothèse, d'une part parce qu'elle est plus conforme à ce que nous connaissons des propriétés pathogènes du bacille de Ducrey, et s'accorde mieux avec les constatations cliniques, d'autre part parce que, dans le pus, on rencontrait peu de polynucléaires, mais surtout des éléments à type lymphocytaire indiquant une origine mésenchymateuse.

Pour ces raisons, la désignation de *pseudo-uréthrite* lui paraît mieux justifiée que celle d'uréthrite. BELGODERE.

Contribution à l'étude de l'intradermo-réaction de Frei, par Goffredo del Vivo. *Il Dermosifilografo*, année **10**, n⁰ 2, février 1935, p. 75. Bibliographie.

L'auteur met en valeur l'importance de la réaction de Frei, qui a été, dans ces dernières années, le plus grand progrès réalisé dans la connaissance de la maladie de Nicolas-Favre, car elle a permis de rattacher à cette affection des formes morbides dont la nature était précédemment insoupçonnée, et elle a permis d'affirmer l'individualité nosologique de cette maladie, jusqu'alors encore discutée, étant donné l'inconstance de ses caractères cliniques et histopathologiques.

Mais, sur la réaction de Frei, on discute encore néanmoins, et les résultats obtenus par les divers expérimentateurs ne sont rien moins que concordants. Aussi l'auteur a-t-il cherché, par une série d'expériences, à arbitrer ces divergences et son attention s'est portée aussi sur la valeur de la réaction de Frei pour le dépistage des formes latentes de la maladie.

Il passe en revue les travaux antérieurs, ceux de Gregorio, de Lépinay et Grévin, de Vercellino, de Peyri et Campos Martin, de Béjarano et Catalayud. Les recherches personnelles de del V. ont porté sur 105 femmes, prostituées pour la plupart, et par conséquent très soupçonnables d'avoir récolté une ou plusieurs maladies vénériennes au cours de leur vie sexuelle agitée.

Voici les résultats : 5 cas de réaction de Frei positive ; 9 cas positifs de réaction de Ito-Reenstierna. Chez une de ces malades, les deux réactions à la fois étaient positives : elle était atteinte de syndrome génito-ano-rectal.

Pour les réactions de Frei positives, il s'agissait, dans deux cas, d'un Nicolas-Favre inguinal typique ; c'étaient deux sœurs qui offraient en outre cette particularité de présenter une anergie tuberculinique des plus nettes, contrairement aux conceptions de Ravaut, qui a affirmé que l'anergie tuberculinique entraînait un état allergique général. L'une de ces deux sœurs présentait une infection gonococcique, l'autre une infection luétique : il ne semble pas que ces deux infections aient influencé l'allergie lymphogranulomateuse.

Un troisième cas concernait une femme atteinte de gonococcie, qui présentait en outre des cicatrices multiples d'adénite inguinale bilatérale ancienne, ce qui laisse soupçonner à bon droit chez cette femme des antécédents lymphogranulomateux.

Une quatrième malade était une syphilitique tertiaire, présentant également les cicatrices d'une adénite inguinale bilatérale multiple à évolution subaiguë, dont elle avait été atteinte quelques années auparavant, et probablement aussi lymphogranulomateuse.

Enfin, la cinquième était la femme mentionnée ci-dessus, atteinte de syndrome génito-ano-rectal, qui semblait avoir été contagionnée de toutes les maladies vénériennes possibles, et dont la réaction au Dmelcos était également positive.

De ces résultats, l'auteur conclut que l'on semble bien devoir être autorisé à accorder à la réaction de Frei une valeur sinon absolue, du moins importante.

Pour ce qui est du dépistage des formes latentes de Nicolas-Favre, l'auteur explique les divergences qui ont été constatées par ce fait que l'antigène, préparé par broyage de ganglions humains, peut très bien, en réalité, n'être qu'un mélange d'antigènes multiples, dus à des infections associées, de sorte que l'on peut avoir une réponse positive, due, non pas au virus lymphogranulomateux, mais aux infections concomitantes ; ce qui rend le problème très difficile. Il conviendra donc de n'utiliser que des antigènes qui auront été soumis à un contrôle spécifique très sévère. Ces inconvénients pourraient être évités en employant l'antigène de cerveau de singe, malheureusement il donne des réactions moins nettes que l'antigène humain.

Belgodere.

Contribution expérimentale à l'étude du mécanisme d'action des arsénobenzols (Recherches sur le pouvoir bactéricide exercé *in vitro* par l'arsénobenzol sur le staphylocoque pyogène doré), par Giacomo Serra. *Il Dermosifilografo*, année **10**, n° 2, février 1935, p. 87. Bibliographie.

Une première partie de ce travail est consacrée à l'étude historique des discussions auxquelles a donné lieu le mécanisme d'action des arsénobenzols. Cet historique, quoique étendu, étant lui-même fort résumé, il serait difficile de le résumer davantage. Contentons-nous de rappeler les différentes hypothèses qui ont été proposées et qui peuvent se ramener à cinq : 1° Action directe, parasiticide, du médicament ; 2° Action parasiticide directe, mais seulement à la suite de transformations du médicament, par suite de son contact avec les tissus et les humeurs, transformations qui aboutissent à la formation de l'arsénoxyde, très parasiticide ; 3° Action indirecte, par un processus réducteur des éléments des tissus et des humeurs, aboutissant à l'élaboration de substances hautement toxiques pour les parasites ; 4° Action indirecte, par fixation de l'arsénobenzol sur certaines substances, les rendant insolubles, privant ainsi les parasites d'éléments nécessaires à

leur nutrition, autrement dit, créant des conditions de milieu défavorables à la vie des parasites ; 5° Action indirecte par excitation des résistances naturelles et stimulation des processus immunitaires.

Rappelons également combien les expériences tentées pour résoudre ce problème ont donné des résultats fort contradictoires, selon qu'elles étaient pratiquées *in vitro* ou *in vivo*. Rappelons aussi le rôle qui a été invoqué par certains du système réticulo-endothélial pour expliquer l'action des arsénobenzènes.

Enfin, une autre question qui s'est posée a été celle de savoir si les arsénobenzènes étaient des médicaments spécifiques des trypanosomes et des spirochètes, ou bien s'ils possédaient une action parasiticide générale, s'ils pouvaient attaquer d'autres micro-organismes pathogènes et la réponse à cette question s'est montrée affirmative, et les arsénobenzènes, aujourd'hui, sont utilisés dans le traitement de maladies infectieuses très diverses.

S'inspirant de ce dernier fait, S. a pensé qu'il pouvait y avoir là un moyen d'étude expérimentale susceptible de donner la solution de la question si discutée du mécanisme d'action des arsénobenzènes.

Il a choisi, comme sujet de ses recherches, le staphylocoque doré, microbe facile à cultiver, et il a étudié la distribution des germes dans le sang et dans les organes parenchymateux, de même que le pouvoir bactéricide du sang et des divers organes, chez des lapins infectés expérimentalement avec le staphylocoque doré et précédemment soumis à une intoxication chronique par injections d'arsénobenzol. Une seconde série d'expériences analogues fut conduite sur des lapins soumis au contraire à de petites doses d'arsénobenzol non toxiques.

Les résultats de ces expériences ont été les suivants : 1° Les arsénobenzols, injectés de manière répétée et à haute dose, pendant une période de temps suffisamment longue pour qu'on puisse déterminer une intoxication chronique, manifestent un organotropisme incontestable et, provoquant des altérations dégénératives des parenchymes, inhibent, en totalité ou en partie, le pouvoir bactéricide des organes ; 2° Les arsénobenzols injectés à petites doses répétées non toxiques, ne montrent pas d'activité organotrope ; 3° Les arsénobenzols, aussi bien à fortes doses qu'à doses faibles, sont doués d'un pouvoir parasiticide *in vivo* ; 4° Ces médicaments, à petites doses, n'excitent pas, d'une manière appréciable, les réactions défensives du système réticulo-histiocytaire et n'augmentent pas sensiblement le pouvoir bactéricide du sang et des organes parenchymateux ; tout au plus constate-t-on une légère action stimulante sur le foie.

Encouragé par les résultats de ces expériences sur l'action des arsénobenzènes *in vivo*, l'auteur a voulu les compléter en tentant de déterminer aussi leur action *in vitro*. Par une série d'expériences dont il serait trop long d'indiquer les détails techniques, il a pu faire des constatations telles qu'elles lui permettent d'affirmer les conclu-

sions suivantes : 1° Il existe une action microbicide directe *in vitro* de l'arsénobenzol sur le staphylocoque doré ; 2° La préparation arsenicale possède par elle-même un pouvoir bactéricide assez faible, mais ce pouvoir bactéricide est exalté si on additionne la préparation soit de sang *in toto*, soit de sérum, soit d'extraits d'organes frais de lapin.

Naturellement, les résultats obtenus par S. sont valables seulement pour le staphylocoque doré ; ils ne sont pas transportables tels quels au tréponème dont les conditions biologiques sont fort différentes. Mais ces expériences présentent néanmoins un grand intérêt en ce qu'elles indiquent une nouvelle voie, une nouvelle méthode de recherches.

BELGODERE.

Cas de lupus érythémateux diffus de la tête et du visage consécutif à une endocardite chronique par rhumatisme articulaire aigu atypique, par Arturo NICASTRO. *Il Dermosifilografo*, année **10**, n° 2, février 1935, p. 115, 6 fig. Bibliographie.

Observation d'une jeune fille de 27 ans qui avait présenté les accidents suivants :

1° Une forme atypique de rhumatisme articulaire aigu, qui différait de la forme classique par l'absence de localisation articulaire : il y avait eu seulement des douleurs dans une des jambes, au niveau de la diaphyse tibiale. (On sait que l'existence de ces formes atypiques est aujourd'hui bien établie, que le rhumatisme articulaire aigu peut se présenter sous l'aspect d'une septicémie, que Grenet a montré comment le rhumatisme articulaire aigu pouvait être dépourvu de toute localisation articulaire, que Laubry a montré que des endocardites rhumatismales pouvaient n'avoir été précédées d'aucun rhumatisme articulaire.)

2° Une cardiopathie, sténose et insuffisance, à la fois de l'orifice mitral et de l'orifice aortique.

3° Enfin, au visage et au cuir chevelu, des lésions cutanées qui avaient tous les caractères du lupus érythémateux, et plus spécialement de la forme dite « érythème centrifuge de Biett ».

L'auteur fait de ce cas une discussion approfondie, tant au point de vue de la forme rhumatismale que de la forme cardiaque et de la lésion cutanée. Il examine particulièrement la question des rapports entre le lupus érythémateux et la lésion cardiaque. On pourrait sans doute penser à une simple coïncidence, mais les circonstances suivantes vont à l'encontre d'une telle interprétation : la malade, au début de sa maladie, avait bien été soumise à une cure salicylée, mais nettement insuffisante, ce qui explique que les lésions cardiaques aient pu se développer. Soumise plus tard à un traitement salicylé à haute dose, non seulement il en résulta une amélioration des lésions cardiaques, mais aussi les placards de lupus érythémateux perdirent tout caractère de lésion évolutive pour prendre un aspect cicatriciel et atrophique.

L'auteur rappelle les discussions encore en cours au sujet de la nature du lupus érythémateux, que les uns considèrent comme une tuberculide, d'autres comme un syndrome pouvant succéder à des causes diverses. Dans le cas rapporté, on pourrait dire sans doute que l'attaque rhumatismale, en affaiblissant la résistance organique, a favorisé le développement du processus tuberculeux. Mais cela n'expliquerait pas l'amélioration très nette par le salicylate. Aussi l'auteur croit-il que la lésion cutanée a bien été causée par l'agent pathogène inconnu du rhumatisme articulaire aigu, sur une région de la peau en état de sensibilisation ou d'allergie. BELGODERE.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Roséole paradoxale blanche, par PASINI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. **76**, fasc. 1, février 1935, p. 9. Une fig. en noir et deux en couleurs.

Chez des sujets syphilitiques au début de la période secondaire, P. a observé l'apparition de manifestations qui, par leur forme, leur dimension, leur nombre, leur distribution et leur évolution, présentent les particularités d'une roséole syphilitique commune, et en diffèrent seulement par la couleur qui, au lieu d'être rose, est d'un blanc ischémique. Parfois, les efflorescences sont légèrement ortiées ; dans tous les cas, il les a vues régresser et disparaître rapidement avec le début d'un traitement spécifique. Dans une biopsie des susdites manifestations, il a pu constater la structure histo-pathologique de la roséole commune et la présence très évidente de spirochètes pâles par l'imprégnation argentique.

P. considère le tableau clinique, histo-pathologique et histo-bactériologique de cette lésion comme un équivalent de la roséole syphilitique et comme une variété de cette dernière qui jusqu'ici n'a pas été suffisamment prise en considération. Des observations sur le comportement de la température, de la réactivité dermographique, des réactions à l'histamine et à l'adrénaline portent P. à interpréter l'inversion de la couleur des efflorescences comme une réponse paradoxale des capillaires, vis-à-vis des artérioles précapillaires, à l'excitation directe ou indirecte du tréponème, chez des sujets doués d'une réactivité histogène particulière. D'où la dénomination de *roséole paradoxale blanche.*

BELGODERE.

Contribution à la connaissance des tableaux cliniques et dermatologiques de la périartérite noueuse et de leurs rapports éventuels avec l'infection rhumatismale, par CROSTI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. **76**, fasc. 1, fév. 1935, p. 15, 9 fig. Bibliographie.

Cette étude sur la péri-artérite noueuse ou maladie de Kussmaul, tableau pathologique encore si obscur en raison de sa rareté et de la

variété des faits cliniques qu'il détermine, a eu pour origine une observation intéressante à beaucoup de points de vue.

Le cas clinique fut rencontré chez un enfant de cinq ans, qui présenta un état fébrile prolongé et grave (neuf mois de maladie), avec manifestations articulaires de type rhumatismal aigu, insuffisance cardiaque, splénomégalie, réaction rénale caractérisée par de l'albuminurie, de la cylindrurie et de l'hématurie, et un tableau dermatologique primitivement à caractère d'érythème polymorphe, ensuite nodulaire infiltratif dermo-hypodermique, de longue durée, et compliqué d'un livedo étendu à presque tout le corps. La distribution d'un grand nombre de nodules cutanés, la présence de nodules au scrotum et le long des vaisseaux du cordon, l'examen biopsique, permirent d'affirmer le siège vasculaire des lésions et une structure histo-pathologique caractéristique de la péri-artérite noueuse. Toute la symptomatologie clinique, peu à peu avec le temps, disparut et, depuis deux ans, l'enfant peut être considéré comme complètement guéri.

De l'ensemble du tableau clinique, l'auteur étudie particulièrement la symptomatologie cutanée, qui jusqu'ici n'a pas été décrite dans les tableaux de la péri-artérite noueuse, qui d'habitude provoque plutôt des manifestations exanthématiques à caractère purpurique, ou des formations nodulaires qui s'ulcèrent et se nécrosent. La cyanose figurée et persistante est classée par C. parmi les formes mixtes de livedo réticulaire et de livedo rameuse et il en fait l'étude au point de vue pathogénique. Les manifestations nodulaires présentaient presque tous les caractères des nodules rhumatismaux de Meynet et si, d'une part, la symptomatologie générale orientait le diagnostic vers un syndrome de nature rhumatismale, elle prêtait cependant à la discussion d'un diagnostic différentiel clinique, histo-pathologique et étio-pathologique. Les recherches bactériologiques et expérimentales donnèrent des résultats complètement négatifs. C. attire l'attention sur l'importance des altérations des petits vaisseaux dans l'infection rhumatismale et sur les rapports déjà envisagés par certains entre la péri-artérite noueuse et le rhumatisme. Toutefois, il estime que ces rapports, jusqu'à présent, ne suffisent pas à justifier une identification pathologique des deux tableaux cliniques. BELGODERE.

Les manifestations articulaires dans les traitements épilatoires et dans les états toxiques par le thallium, par BACCAREDA. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. 76, fasc. 1, février 1935, p. 45. Bibliographie.

L'auteur a rassemblé dans la littérature de nombreux cas qui se rapportent à l'intoxication par l'acétate de thallium, dans lesquels ont été observés des troubles morbides articulaires. Il s'agit le plus souvent d'enfants atteints de teigne du cuir chevelu chez lesquels le médicament était administré dans un but épilatoire. Si l'on considère ces cas dans leur ensemble, on peut, d'après l'auteur, se rendre compte le plus

souvent qu'il s'agit, non pas de manifestations névritiques, comme porterait à le croire la coexistence fréquente de névrites, mais d'altérations d'un caractère clinique différent, limitées aux articulations, dans la cavité desquelles il y a même parfois un épanchement. Jusqu'à présent il n'a pas été fait de recherches dans le but d'établir la nature de cette manifestation qui s'extériorise cliniquement par des caractères qui ne sont pas sûrement inflammatoires.

En se rapportant à nos connaissances actuelles sur l'action biologique de l'acétate de Tl et aux relations qui peuvent être rencontrées dans la clinique générale entre les états névropathiques, dysendocrino-végétatifs et les arthropathies, l'auteur expose les interprétations qui peuvent être admises au point de vue de la pathogénie des arthropathies dues au Tl.

La partie expérimentale de ce travail a trait aux résultats positifs de la recherche spectroscopique et chimique du Tl dans la synovie de lapins opportunément soumis à l'action du Tl : les propriétés particulières des membranes synoviales donnent à ces constatations une valeur qui n'est pas négligeable. Dans l'organe synovial des animaux ainsi traités, furent rencontrées des lésions histologiquement évidentes, dont il n'est d'ailleurs pas facile d'établir la nature (il n'existe pas de caractères inflammatoires certains), ni la pathogénie, ni la valeur qui peut leur être attribuée en rapport avec l'observation clinique. S'il est permis de ne pas exclure une action locale du Tl, on ne peut pas non plus se défendre d'interpréter les constatations positives dans le liquide synovial dans le sens d'une perméabilité anormale qui s'est produite dans la membrane synoviale à travers un mécanisme général (action sur le système endocrine, neuro-végétatif).

Quant à l'action toxique directe, pour les arthropathies comme pour d'autres symptômes tels que l'alopécie, l'auteur croit qu'il faut la rapporter plus vraisemblablement au Tl lui-même qu'aux impuretés (plomb, etc.).

Bien qu'elle soit rare, l'arthropathie due au Tl mérite une étude approfondie au point de vue clinique, radiologique, de laboratoire et expérimental, en vue d'une connaissance plus complète de l'action biologique de l'acétate de Tl et d'une application thérapeutique plus rationnelle du médicament.

BELCODERE.

La vitamine dans l'eczéma (Son action sur le métabolisme du calcium), par COMEL. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. 76, fasc. 1, février 1935, p. 89. Bibliographie.

Sur un groupe de malades atteints d'eczéma, fut étudiée l'action thérapeutique de la vitamine D : en même temps furent recherchées les variations du métabolisme du Ca.

L'administration de vitamine D selon les modalités observées eut une influence notable sur l'évolution clinique de l'eczéma, en favorisant la rapide résolution des foyers morbides.

L'emploi de doses quotidiennes élevées de vitamine D pendant des périodes de temps prolongées ne fut pas suivi de phénomènes d'intolérance. La calcémie initiale présenta chez les malades des valeurs variables : à côté d'une majorité de cas avec des valeurs comprises dans les limites normales, il existait dans d'autres de l'hypercalcémie et dans d'autres de l'hypocalcémie.

La calcémie subit des variations importantes sous l'influence de la vitamine D : en général, il se manifesta une augmentation notable qui atteignit parfois des valeurs nettement hypercalcémiques.

L'équilibre initial du métabolisme du Ca présenta des valeurs diverses : il fut dans certains cas positif, dans la majorité des cas, au contraire, négatif. Cet équilibre fut nettement influencé par l'administration de vitamine D : l'évolution la plus typique fut une rétention du Ca sous l'action de cette vitamine, de sorte que s'avérait une « compensation » et même une « surcompensation » des excès éventuels d'élimination. Consécutivement au traitement, furent constatés parfois des excès d'élimination transitoires du Ca.

L'action de la vitamine D se fit sentir d'une manière plus accentuée sur la fraction urotrope que sur la fraction entérotrope du Ca éliminé ; la différence étant parfois si prononcée que l'on était porté à en tenir compte dans l'explication du mécanisme d'action de la vitamine D. C. interprète ce mécanisme, dans l'eczéma, à travers l'action calciofixatrice de la vitamine elle-même : celle-ci créerait dans les tissus des conditions favorables à la résolution des manifestations eczémateuses. La fréquence notable d'anomalies dans l'équilibre du métabolisme du Ca dans l'eczéma porte à admettre l'intervention de déséquilibres micro-ergiques (hormoniques-vitaminiques) dans sa pathogénie, et à interpréter comme « régulatrice » l'action thérapeutique exercée par la vitamine D.

Une question qui reste à élucider est celle de savoir si l'action de la vitamine doit être conçue entièrement dans le cadre des variations du métabolisme du Ca ou si, comme il est probable, des facteurs histogènes plus complexes doivent être pris en considération. Cela, du reste, n'influe en rien sur la conception qui se dégage des présentes recherches, effectuées en contact étroit avec la clinique, de l'action curative efficace de la vitamine D dans l'eczéma.

Le corollaire clinique pratique qui se dégage de ces recherches, c'est l'indication de l'emploi de la vitamine D, comme facteur médicamenteux diététique, dans le traitement de l'eczéma.

En même temps, il en résulte l'indication d'un régime riche en Ca, ou en tout cas de l'administration de quantités suffisantes de Ca en même temps que la vitamine D. BELGODERE.

Un cas de dermatose linéaire prurigineuse lichénoïde facilement eczématisable, par Isidoro Bosco. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. 76, fasc. 1, février 1935, p. 129, 3 fig.

Observation d'une dermatose papulo-verruqueuse linéaire, limitée à un territoire bien défini d'innervation cutanée, apparue en même temps de l'énurésie nocturne, chez un sujet qui présentait des malformations rachidiennes lombaires et sacrées. Tout cela semblant constituer un ensemble organique de faits liés entre eux.

Le diagnostic clinique hésitait entre un nævus linéaire et une névrodermite.

Contre l'hypothèse du nævus, on pouvait invoquer une disparition transitoire de la lésion, qui aurait été suivie d'une réapparition avec extension rapide. Mais il n'est pas certain que la guérison ait porté sur la lésion elle-même ; il se pourrait qu'il y ait eu une période prémonitoire eczémateuse, précédant l'apparition de la manifestation nævique, et que ce soit cette poussée eczémateuse seule qui ait guéri passagèrement, l'apparition du nævus ayant été postérieure.

Contre la névrodermite, il y avait l'évolution, la fixité *in toto* de la lésion et celle des éléments qui la composaient, la résistance aux traitements. Mais il ne faut pas oublier que, comme facteur essentiel et primitif, il existe une dysfonction nerveuse, dont la névrodermite constitue le tableau cutané ou, pour le moins, la partie éruptive de ce tableau. On se trouverait donc, dans ce cas, en face d'une véritable névrodermite au sens étroit du mot et, même si l'hypersensibilité du terrain, la forme toxique ou autotoxique, générale ou locale, peuvent être invoquées, au-dessous de ces causes, avant ces causes, il existe des lésions nerveuses qui prennent leur origine bien à distance du foyer dermatologique, qui ne peuvent pas ressentir les effets des traitements topiques dirigés contre les accidents cutanés et qui, par conséquent, peuvent entretenir un continuel substratum histo-pathologique.

Donc la clinique ne pouvait suffire à résoudre le problème et permettre de définir la dermatose comme un nævus ou une névrodermite. C'est l'examen histologique qui permit de trancher la difficulté : les caractères des coupes permirent en effet d'exclure le nævus. Cependant, la disposition linéaire de la lésion laisse subsister un doute. Aussi B. croit-il devoir conclure prudemment par le diagnostic de : « Dermatose linéaire prurigineuse lichénoïde facilement eczématisable ».

Belgodere.

NÉCROLOGIE

AXEL REYN

16 février 1872 — 22 avril 1935

A la mort d'Axel Reyn, j'ai pensé à ces mots de Sabouraud sur « la mort debout » : Travailler, c'est la loi de l'homme, une loi saine et une loi sainte — et aussi à cette émouvante phrase où il pressent la vieillesse de ne pas prêcher le découragement, même si elle est elle-même un peu désillusionnée : il faut laisser faire aux jeunes tout ce qu'ils croient utile et bon, même s'ils se trompent. Axel Reyn, si regretté dans son pays et dans tout le milieu des actinologistes et des dermatologistes qui ont admiré l'œuvre qu'il a accomplie avec une assiduité rare et avec un succès qui a fait son nom, mondialement connu, gardait lui-même son zèle et l'optimisme de sa jeunesse ; et même si dans son cœur il a connu, comme tout autre homme, quelques-unes des illusions de la jeunesse qui ne nous suivent que difficilement au delà du seuil de la vieillesse, il laissa faire aux jeunes tout ce qu'ils croyaient utile et bon, — toujours suivant leurs efforts de son œil et de son sourire si bienveillant et optimiste, de son désir du progrès de la science, les encourageant dans les moments difficiles ; et s'ils réussissaient, personne n'était plus content que lui, totalement dépourvu qu'il était de cette jalousie envers les collaborateurs et les élèves, pas tout à fait inconnue dans les milieux scientifiques.

Le même optimisme, le même désir de réussir, il le gardait toujours pour ses malades, ces pauvres lupiques, sans beauté, sans grand succès dans la vie, sans ressources, auxquels il voua un intérêt infatigable et une cordialité dont il fut récompensé par leur confiance absolue en son pouvoir thérapeutique. Ce fut une des grandes qualités de Reyn, et aussi un très grand bonheur pour lui, cette foi presque mystique dans la thérapie.

Toute sa vie Reyn travailla à l'Institut Finsen, au début collaborateur de Finsen, puis pendant 25 ans médecin-chef du service dermatologique qui, dans ses mains, connut des grandeurs et une réputation mondiale qui ne se laisse point rapporter au seul nom de Finsen, mais

qui était aussi bien le fruit de l'œuvre toute personnelle d'Axel Reyn ; enfin, déjà gravement malade, s'étant retiré du service actif en 1932, il fut président de la direction jusqu'à sa mort. Mourir debout ! Il le fit, malgré sa longue maladie et ses douleurs.

Les travaux de Reyn portent surtout dans le domaine de la tuberculose cutanée et ganglionnaire et dans la thérapie par la lumière, question où il était un véritable maître. Sa plus grande découverte fut quand, en 1914, il inaugura, avec son collaborateur N. P. Ernst, le traitement par les bains de lumière universels artificiels à l'arc de charbon. Ce travail fit époque dans l'actinothérapie ; ce ne fut qu'alors que les résultats obtenus par Bernhard et Rollier, en Suisse, et à Berck-sur-Mer en France, purent aussi être obtenus dans tous les pays moins gâtés par le soleil, et où spécialement le lupus et les autres tuberculoses cutanées sont fréquents. Son grand talent d'organisateur l'aida dans la tâche difficile de diriger un traitement qui est coûteux et qui exige beaucoup de temps et beaucoup de patience. La plupart de ses travaux sont aussi de nature thérapeutique, ce qui est très caractéristique de sa personnalité ; il publia des travaux sur la finsenthérapie des radiodermites, des maladies cutanées, des ganglions tuberculeux. Il fut rapporteur aux Congrès internationaux de Radiologie à Stockholm et d'Actinothérapie à Lausanne, et au Congrès international de Dermatologie à Copenhague en 1930. Il était président du Comité international de la Lumière, créé en 1929 à Paris.

Reyn passait un mois au moins chaque année sur la Côte d'Azur dont il aimait le climat doux et la lumière plus que ceux d'aucune autre région. Il avait beaucoup d'amis en France, surtout parmi les actinologistes qui le considéraient comme un des leurs. Il était membre correspondant de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie et je sais qu'il était très sensible à l'honneur de porter la « cravate rouge » dont il fut décoré en 1932 après qu'il eût présidé le Congrès international de la Lumière à Copenhague.

Ce Congrès fut l'apothéose de sa vie et l'accomplissement de son œuvre. Deux revues scientifiques internationales lui consacrèrent des volumes spéciaux et un hommage unanime de tant de pays représentés salua l'assidu travailleur, le grand homme et l'ami fidèle.

A. Kissmeyer.



Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

SEPTIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR



7e Série — Tome 6 — N° 7 — Juillet 1935

MASSON & Cie

PUBLICATION PÉRIODIQUE MENSUELLE

Administration et Publicité : Librairie MASSON et Cie, 120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (VIe)
Téléphone : **Danton 56-11, 56-12 et 56-13; Inter Danton 31.** — Compte chèques postaux : **N° 599.**

PRIX DE L'ABONNEMENT 1935 (L'ABONNEMENT PART DU 1er JANVIER)
Le service du Bulletin de la Société de Dermatologie
est assuré aux abonnés des Annales de Dermatologie.

France et Colonies, 150 fr.

Étranger. — Tarif extérieur n° 1	. . . .	**180 fr.**
— — — n° 2	. . . .	**190 fr.**

Règlement par mandat, chèques postaux (compte n° 599, PARIS) ou chèque à l'ordre de **MASSON et Cie**, sur une banque de Paris.

Le tarif extérieur n° 1 n'est valable que pour les pays ayant accepté une réduction de 50 o/o sur les affranchissements des publications périodiques. Ces pays sont : Albanie, Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Canada, Chili, Colombie, Congo belge, Costa-Rica, Cuba, République Dominicaine, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Guatémala, Haïti, Hedjaz, Honduras, Hongrie, Iraq, Lettonie, Liberia, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pays-Bas, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, San Salvador, Serbie, Suisse, Tchécoslovaquie, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, U. R. S. S.

Prix du numéro, **15 fr.** — Changement d'adresse, **1 fr.**

***Adresser tout ce qui concerne la rédaction au* Dr CLÉMENT SIMON, Rédacteur [redacted] Chef**
104, Avenue Malakoff, Paris XVIe (Téléph. : Passy 65.72).





(Photo Panajou)

WILLIAM DUBREUILH
1857-1935

William DUBREUILH
(1857-1935)

Après une vie consacrée au travail, au devoir et au bien, le professeur William Dubreuilh est mort. C'était un savant d'une grande envergure intellectuelle dont l'esprit débordait les choses de la médecine et de la dermatologie ; c'était aussi un homme bon et d'une rare élévation de caractère.

Sa carrière fut harmonieuse parce qu'elle n'eut d'autres bases que l'intelligence et le travail ; il ne rechercha pas les succès, et cependant la notoriété vint à lui sans appel.

Son entrée dans la carrière médicale fut retardée par une incursion de quelques années dans le commerce où il succéda à son père. Sa voie était ailleurs évidemment ; il n'avait pas l'esprit de négoce, il le comprit très vite ; son existence l'a bien démontré.

Etudiant de la Faculté de Médecine de Bordeaux nouvellement créée, puis de Paris, il arrive à l'internat dès le premier concours. Interne à l'Hôpital Saint-Louis, dans le service de Fournier, dont il rédigea les leçons sur la période préataxique du tabès, il fut surtout l'élève de Besnier et de Strauss, dont il fut aussi l'interne et qui eut un grand rôle dans sa formation clinique et de laboratoire. L'accession à l'agrégation de médecine générale en 1886, à la fin de sa dernière année d'internat, et au médicat des Hôpitaux de Bordeaux en 1888, fixent l'orientation de sa carrière. Après quelques années d'enseignement de la pathologie, de la médecine générale, de la bactériologie, dont il dévoilait les techniques à toute une jeunesse studieuse avide de connaître la nouvelle science, peu répandue alors, il se consacra à la dermatologie dont l'enseignement annexe lui fut confié en 1892. L'isolement d'une école de province féconda l'expansion de sa personnalité, soustraite aux influences et aux entraînements. Dès lors, sa vie n'est plus qu'une ligne droite ascendante, parcourue d'un effort continu, dans la sérénité du travail consciencieux. La qualité de son enseignement, la valeur de ses travaux imposent la création d'une chaire magistrale ; en 1905 il

est nommé professeur-adjoint, titulaire en 1912. Sa réputation avait précédé les titres.

Ses travaux sont marqués par la sincérité, la précision de l'observation clinique, la rigueur du contrôle du laboratoire. Il ne confiait à personne le soin des techniques microscopiques dont il avait une connaissance approfondie, et dont il suivait l'évolution : de la biopsie à l'inclusion, à la coupe, à la coloration, à l'examen, tout était fait par lui avec patience et méthode; son habileté précise lui permettait d'aller vite et de bien voir. Sa signature comme sa parole faisait foi. Il aimait peu et écartait les publications hâtives ou d'opportunité sur les questions en vedette, s'attachant de préférence à des sujets négligés ou peu connus.

Pour mesurer l'importance de son œuvre, il faut se reporter à l'état de la dermatologie en 1892 ; énumérative et descriptive, de surface plus que de profondeur, elle ne pouvait satisfaire son esprit critique. Il aborde son étude par la méthode anatomo-clinique qu'il n'abandonnera pas.

Son *Précis de Dermatologie*, ouvrage classique, avec ses éditions successives et ses traductions à l'étranger, témoigne d'une liberté et d'une maîtrise de pensée remarquables. Il y présente une dermatologie clarifiée, dépouillée d'une terminologie inutilement compliquée, adaptée aux conceptions pathologiques du moment et en particulier aux acquisitions encore récentes des découvertes pastoriennes.

Parmi tant de chapitres de la dermatologie qu'il a étudiés et approfondis, on peut citer : l'étude des moisissures, des parasites et des infections de la peau; l'acné nécrotique; la verrue plantaire dont il a donné la première description ; les trichophyties palmaires et plantaires ; les hyperkératoses circonscrites, sujet de son rapport au Congrès de Londres de 1896 ; les verrues télangiectasiques des doigts ultérieurement appelées angiokératomes par Mibelli, et l'éruption circinée chronique des mains, appelée granulome annulaire par Radcliffe Crocker ; le cancer cutané a toujours retenu son attention, il étudie l'*ulcus rodens*, les kératoses séniles, le rôle de la lumière dans leur production et à l'origine de l'épithéliome de la peau ; on parle à juste titre à ce sujet, de la « maladie de Dubreuilh » ; le traitement de l'épithéliome de la peau par l'exérèse chirurgicale, les caustiques électifs, la radiothérapie ; son mémoire sur le prurigo lymphadénique, dont Favre rappelle l'importance dans son

rapport au Congrès de Paris en 1929, a été très remarqué ; l'intertrigo mycosique étudié en collaboration avec Joulia ; et tant d'autres travaux relatés dans les comptes rendus des sociétés, dans les Congrès, publiés surtout dans les *Bulletins de la Société Francaise* et les *Annales de Dermatologie*.

Un jugement sûr, une critique juste, un style alerte, clair, vigoureux, caractérisent sa manière d'écrire.

La langue anglaise qui fut un peu sa langue maternelle, lui était familière, aussi bien que l'allemand qu'il lisait et parlait couramment. Ainsi, a-t-il pu faire connaître en France, bien des travaux étrangers dont il avait vite et bien pénétré la pensée.

Il aimait à écrire. Récemment encore il envoyait à Nekam, pour le prochain Congrès de Budapest, la relation de ses souvenirs sur les dermatologistes et les Congrès qu'il avait fréquentés dans sa vie, au cours de laquelle il voyagea beaucoup ; ces mémoires dont j'ai écouté en partie la lecture quelques jours avant sa mort, sont d'un vif intérêt.

La personnalité de Dubreuilh, très originale, ne passait pas inaperçue ; malgré la simplicité de son allure et la modestie de son attitude, il s'imposait dès qu'il parlait et en tous milieux.

Ecouté dans les sociétés scientifiques et les Congrès, il était entouré dans les réunions privées ; il attirait et retenait par son esprit aiguisé d'une malice indulgente, sa culture étendue, sa documentation précise et variée.

Son activité intellectuelle n'avait pu s'enfermer dans le cadre des choses de la médecine, où son érudition était cependant remarquable ; elle l'avait conduit bien au delà, vers le cycle plus ample de l'histoire des civilisations anciennes, des religions, des arts, de l'archéologie, de la préhistoire. Une longue fréquentation de Camille Julian, son ami, auquel l'unissait une grande affinité de goûts, l'avait préparé aux méthodes historiques.

Il avait étudié les sciences naturelles et y revenait souvent ; il connaissait la botanique, la géologie, et pouvait en parler avec les plus avertis. Il était servi par une mémoire impeccable, fidèle jusqu'à ses derniers jours et un esprit toujours en éveil.

De tant de mérites qui furent les siens, le meilleur est qu'il fut bon. Un masque de réserve et de froideur qui traduisait une timidité insoupçonnée, gênait au début ; une réplique vive, une phrase

ironique auraient parfois dérouté, si la douceur du regard n'avait rassuré et attiré.

Professeur par essence, il a prodigué aux jeunes, sans jamais se lasser, les fruits de son expérience et de sa science ; il devenait pour eux un guide précieux donnant largement son savoir et son temps, non seulement à l'hôpital, au laboratoire, mais aussi dans son cabinet. Les privilégiés qui ont été admis dans son foyer familial sont restés sous le charme de son intimité et ne sauraient oublier ces soirées de travail fécond, les instants de repos, qui coupaient l'étude des problèmes techniques. C'était alors la détente au cours d'entretiens toujours élevés ; la conversation s'égarait peu sur les questions oiseuses du jour et peu sur les personnes ; DUBREUILH ne médisait jamais ; l'ironie, un sourire amusé jugeaient les vanités et les erreurs ; quelques mots brefs et décisifs ou le silence réprobateur jugeaient les fautes graves.

Chez lui, le caractère et l'esprit voisinaient dans les sommets. Son indépendance était connue. Ennemi des idées trop facilement reçues, il n'acceptait ni certaines indulgences, ni les abandons étrangers à sa morale rigide. On a pu le croire intransigeant, il était surtout intégralement juste. Son élévation morale ne connut jamais aucun abaissement. Ses réparties étaient alertes, non qu'il fût capable de la moindre méchanceté, mais le mal, l'injustice le rendaient sévère. La sincérité, la droiture, retenaient son indulgence.

Eloigné par goût de la vie publique et de ses manifestations, la médecine sociale l'attirait peu ; il en fit cependant toute sa vie, sans en utiliser le vocable ; il préférait l'action aux mots ; il donna beaucoup de lui-même, aux diverses administrations hospitalières, municipales, militaires, ministérielles, mais librement, sans accepter les liens du formalisme et ses entraves qu'il redoutait.

Les honneurs non recherchés, accueillis avec surprise, acceptés avec modestie, vinrent à lui sans altérer sa simplicité : la Légion d'honneur dans son grade le plus modeste, alors qu'il aurait mérité les plus élevés, l'Académie de médecine, la présidence de nombreuses œuvres, de sociétés savantes, et surtout le respect et la confiance unanime dont il était entouré. Deux manifestations l'ont particulièrement touché : une séance de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, réunie à Bordeaux en 1921 ; une réunion à l'occasion de sa retraite et de la remise

d'une médaille faite à son effigie. En ces occasions, sa grande notoriété fut évoquée et surtout s'affirma l'affectueux respect de ses collègues et de ses élèves. Sa modestie n'avait jamais prévu une telle récolte d'admiration et tant de marques d'attachement, après avoir tant semé ; encore sous-estimait-elle le nombre d'obligés reconnaissants et d'admirateurs parmi tant de malades soignés, tant d'élèves instruits qui ne pouvaient se trouver là.

Tel fut le Professeur William Dubreuilh, grande figure de la médecine française, dermatologiste et syphiligraphe éminent, universellement connu, dont la mémoire très pure survivra à l'oubli et restera un exemple, car il fut un savant et un juste.

G. Petges.

SUR QUELQUES CAUSES D'ERREUR DANS LA RECHERCHE DES BACILLES TUBERCULEUX, CHEZ DES COBAYES INOCULÉS AVEC DES PRODUITS SUSPECTS ET TRAITÉS PAR DES INJECTIONS D'EXTRAIT ACÉTONIQUE DE BACILLES DE KOCH

par L.-M. PAUTRIER

On sait tout l'intérêt que présente pour les dermatologistes dans la tuberculose cutanée, plus particulièrement dans les tuberculoses atypiques et dans le lupus érythémateux, l'étude des nouvelles lésions d'inoculation au cobaye, représentant le type ganglionnaire pur, dû aux formes filtrantes du bacille tuberculeux, réalisant le type de tuberculose que l'on appelle souvent type de Calmette-Valtis et qu'il serait peut-être plus équitable d'appeler type de Fontès-Vaudremer.

Les lésions extrêmement discrètes ne se traduisent, dans ce cas, on le sait, que par une simple hypertrophie des différents groupes ganglionnaires et ne deviennent, en général, apparentes, qu'après 2 ou 3 passages successifs au cobaye, suivant la technique qui est aujourd'hui bien connue.

Le résultat de ces inoculations en série est malheureusement souvent négatif, même si l'on pousse la constance jusqu'à faire 5 ou 6 passages. Ceux qui ne croient pas à l'existence du virus filtrant, voient dans ces faits négatifs une confirmation de leur thèse ; les partisans des formes filtrantes, au contraire, l'expliquent par la virulence très faible du produit inoculé ou par la quantité minime de virus qui y était contenue.

L'opinion des expérimentateurs varie encore sur le résultat final des passages en série, puisque certains d'entre eux pensent que l'on peut remonter jusqu'au bacille tuberculeux typique, de virulence normale, capable de faire une tuberculose de type Villemin, tandis que d'autres, comme Ninni et de Sanctis Monaldi, écrivent que si « l'on effectue des passages multiples et successifs, de cobaye à cobaye, à n'importe quel moment de l'infection avec n'importe quelle technique, n'importe quel artifice, avec n'importe quelle dose, on n'arrive jamais à obtenir la tuberculose nodulaire classique en partant de filtrats tuberculeux ». Il y a là des contradictions qu'une expérimentation plus large et plus prolongée devra résoudre.

Récemment, Nègre, Valtis, Van Deinse et Beerens, ayant remarqué que l'injection d'extrait acétonique de bacille tuberculeux au cobaye activait le processus de tuberculisation de l'animal inoculé avec un produit tuberculeux, ont essayé d'obtenir le même résultat dans l'infection atypique, type Calmette-Valtis. En faisant deux fois par semaine une injection de 1 centimètre cube d'extrait acétonique, correspondant à 1 centigramme de bacilles pesés à l'état sec, ils ont obtenu après 15 à 16 injections la production de lésions ganglionnaires caséeuses, contenant des bacilles de Koch et pouvant se généraliser aux différents viscères. Les cobayes témoins, inoculés, mais non traités par cet extrait, ne présentaient rien. Il y aurait donc là un moyen de mettre en évidence cette tuberculose latente, due aux formes filtrantes, et de remonter sa virulence jusqu'à celle de la tuberculose classique.

C'est précisément à propos de cette méthode que je désirerais signaler certaines causes d'erreur sur lesquelles il me parait nécessaire d'attirer l'attention des expérimentateurs.

De 1931 à 1933 j'avais pratiqué, avec mon élève Domanski (1), une série d'inoculations par passages successifs au cobaye, en partant de tuberculides papulo-nécrotiques, d'érythème induré de Bazin, de lupus érythémateux, d'érythèmes polymorphes, d'acnés ; toutes ces inoculations restèrent négatives. Certains des animaux

(1) Domanski. Résultats des inoculations par passages successifs au cobaye dans les tuberculides, l'acné et les érythèmes polymorphes. *Thèse de Strasbourg*, 1933.

traités par les injections d'extrait acétonique de Nègre, ne donnèrent également aucun résultat.

Ayant repris récemment ces expériences sur une plus vaste échelle, en inoculant à des cobayes des ganglions broyés ou du sang provenant de malades atteints de lupus érythémateux, j'eus la surprise, sur les 24 premiers cobayes sacrifiés, de trouver chez 8 d'entre eux de minuscules nodules caséifiés, au pourtour des ganglions inguinaux et correspondant aux points où avaient été faites les injections d'extrait acétonique, et dans ces points caséifiés de trouver des bacilles de Koch, parfois très rares et isolés, parfois assez abondants.

Cette constatation ne manqua pas de me troubler, mais à la réflexion, il me parut que ce résultat était trop beau. Voici quelque trente trois ans que j'ai commencé à étudier le lupus érythémateux et à en inoculer un nombre important; or, je n'avais jamais obtenu jusqu'ici que des résultats négatifs et, tout d'un coup, en quelques mois, j'obtenais 8 résultats positifs. On conçoit qu'il y avait de quoi douter, et d'autant plus que, hors une hypertrophie appréciable de tous les ganglions, que j'ai toujours observée après les injections d'extrait acétonique, je ne trouvais aucune lésion viscérale. Il ne me restait pour faire la preuve qu'à attendre le résultat des réinoculations que j'avais faites pour chaque cas. Elles furent strictement négatives. Dans ces conditions, je ne pouvais qu'être amené à incriminer l'extrait acétonique. J'allai en causer avec M. Nègre. Celui-ci me confirma que son extrait acétonique peut contenir, en effet, un certain nombre de bacilles de Koch, tués par la chaleur, incapables de provoquer la moindre lésion active, mais ayant conservé leur morphologie et leur acido-résistance. Il est donc indispensable, quand on trouve des bacilles au voisinage des points d'injection, d'éprouver leur vitalité par réinoculation à un nouveau cobaye, ou par culture sur les milieux à l'œuf.

Or, l'avant-veille du jour même où j'étais allé le voir, Nègre (1), avec ses collaborateurs, venait de publier à la Société de Biologie une note d'où il résulte que, chez des cobayes inoculés avec des produits

(1) Nègre, Bretey et Gerhardt. Sur la valeur des résultats obtenus chez des cobayes inoculés avec un produit pathogène et traités par des injections d'extrait acétonique de Bacilles de Koch. *Société de Biologie*, 16 février 1935, p. 649).

pathogènes et traités par l'extrait acétonique, ils ont trouvé dans 24,4 o/o de ces animaux des résultats positifs ; mais d'autre part ayant traité par la même méthode des *cobayes neufs*, *non inoculés*, ils ont pu dans 4,5 o/o des cas, isoler de ces animaux des souches S de bacilles acido-résistants, se présentant à la culture sous la forme de colonies lisses, non pathogènes pour le cobaye, le lapin et la poule. Si ce pourcentage de 4,5 o/o reste infime, il n'en est pas moins troublant de voir que chez des animaux sains et non inoculés, il peut se développer un bacille acido-résistant dont la non virulence ne peut être prouvée que par la culture et l'inoculation aux animaux.

A la même séance de la Société de Biologie, Valtis et Van Deinse (1) apportèrent, de leur côté, des résultats comparables : sur 644 cobayes traités, inoculés avec différents produits suspects, et soumis au traitement par l'extrait acétonique, ils obtinrent 91 cas positifs, soit 14,2 o/o des cobayes inoculés ; les cas positifs se divisaient en 12,1 o/o de cultures de type R, rugueuses, virulentes pour le cobaye, 1,5 o/o de cultures de type S, lisses, virulentes pour le lapin et la poule et non pour le cobaye et 0,6 o/o de cultures S avirulentes pour tous les animaux. Mais d'autre part ayant traité par les injections d'extrait acétonique 123 *cobayes témoins*, *sains*, *non inoculés*, ils obtinrent dans 3 cas, soit dans 2,4 o/o, un résultat positif avec culture lisse du type S avirulente. Valtis et Van Deinse concluent en déclarant que « le pourcentage des résultats positifs obtenus chez les cobayes inoculés avec des produits suspects de tuberculose et traités par l'extrait acétonique est 6 fois supérieur à celui que l'on relève chez les témoins. Par conséquent, si le traitement par l'extrait acétonique fait sortir dans de rares cas une infection spontanée chez les cobayes traités ou bien met en évidence la présence dans l'organisme de l'animal de bacilles acido-résistants cultivables, à caractères spéciaux, cette éventualité semble bien jouer un rôle insignifiant ».

Enfin toujours au cours de la même séance, Saenz (2) et ses col-

(1) Valtis et Van Deinse. Etude comparative du traitement à l'extrait acétonique de bacilles de Koch, sur des cobayes inoculés de produits suspects et sur des cobayes sains. *Société de Biologie*, 16 février 1935, p. 652.

(2) Saenz, Costil et Sadettin. Douze souches appartenant à divers types de bacilles acido-résistants, isolés de l'organisme de cobayes neufs. *Société de Biologie*, séance du 16 février 1935, p. 643.

laborateurs apportèrent des résultats non moins troublants : traitant des *cobayes neufs* par l'extrait acétonique, ils observèrent que chez les cobayes autopsiés peu de jours après leur arrivée dans les écuries du Laboratoire, ils ne purent mettre en évidence aucun bacille acido-résistant par ensemencement de leur rate ; par contre ils trouvèrent des bacilles de ce type dans les ganglions inguinaux et la rate de cobayes qui avaient séjourné plusieurs mois dans leurs cages à expérience, dans 8 cas sur 155 cobayes, soit dans une proportion de 5,2 o/o. Les caractères des cultures et les inoculations aux animaux montrèrent que sur les 12 souches de bacilles ainsi isolés, 4 présentaient les caractéristiques du bacille aviaire; les autres se montrèrent plus toxiques pour le cobaye que les bacilles aviaires et, au cours des réensemencements sur pomme de terre glycérinée, se transformèrent en cultures d'aspect rugueux, de type R, caractéristiques des bacilles tuberculeux des mammifères.

On conçoit combien nos propres constatations et le résultat des recherches de Nègre, de Valtis, de Saenz commandent la prudence dans l'interprétation des résultats obtenus par l'inoculation au cobaye, principalement après l'emploi d'injections d'extrait acétonique. Il ne suffit plus de trouver à l'autopsie un ou quelques bacilles acido-résistants, ayant la morphologie du Bacille de Koch et colorables au Ziehl. Il devient encore nécessaire d'identifier la vitalité, la virulence et la nature de ces bacilles par la culture sur les milieux à l'œuf et l'inoculation à l'animal. Le problème, on le voit, devient singulièrement plus complexe et réclame une méthode de travail scrupuleux, en série, qui est loin d'être réalisé dans la plupart des cas où l'on se contente de déclarer que l'on a trouvé du bacille.

Je publierai, à la fin de l'année, le résultat d'une enquête menée depuis l'année dernière, dans les conditions sus-indiquées, sur tous les lupus érythémateux en traitement dans mon service et dont j'ai repris l'étude en série. Je peux déjà dire à l'heure actuelle que sur 13 cas de lupus érythémateux dont le sang de chaque cas a été inoculé à 4 cobayes (2 traités par l'extrait acétonique et 2 évoluant comme témoins) avec 2 à 3 passages successifs, et sur 53 cobayes sacrifiés, si l'on fait abstraction des 8 cobayes, causes d'erreur que j'ai signalés plus haut, toutes mes inoculations sont restées jusqu'à maintenant négatives — ainsi que les hémocultures que j'ai pra-

tiquées sur milieu de Löwenstein et que j'ai fait contrôler au Laboratoire de la tuberculose de l'Institut Pasteur.

Je me garderai de tirer, dès aujourd'hui, des conclusions fermes de cette expérience qui est encore en cours et que je compte poursuivre patiemment. J'ai voulu seulement aujourd'hui attirer l'attention sur la cause d'erreur que peut représenter la simple constatation de bacilles acido-résistants après inoculation au cobaye et sur le soin méticuleux avec lequel doivent être menées ces expériences.

REMARQUES SUR CERTAINES ULCÉRATIONS CHRONIQUES INCURABLES DE LA VULVE ESSAI D'INDIVIDUALISATION D'UN ULCÈRE SIMPLE CHRONIQUE

Par Clément SIMON
(Travail de l'Hôpital Vénéréologique de Saint-Lazare).

En juin 1928, j'ai fait paraître dans le *Bulletin médical*, un article intitulé : « L'Ulcère chronique simple de la vulve (*Ulcus vulvæ simplex chronicum*) ». Ce travail était l'aboutissant de l'étude d'une dizaine de malades qui nous avaient beaucoup intrigués, mon assistant J. Bralez et moi-même. Il s'agissait de femmes qui présentaient, à la fourchette vulvaire, une ulcération chronique dont nous ne parvenions pas à préciser l'étiologie.

Les caractères cliniques étaient très nets. Nous avions pu les résumer de la façon suivante :

1) Siège à la fourchette ;

2) Forme arrondie plus ou moins régulièrement si l'on prend soin de bien écarter la vulve et, mieux encore, de faire saillir la paroi postérieure du vagin à l'aide d'un doigt introduit dans le rectum ;

3) Ulcération torpide, saignant facilement, recouverte parfois d'un enduit séro-purulent ou diphtéroïde ;

4) Bords en forme de bourrelet dur, d'aspect et de consistance cicatriciels, ce bourrelet entourant la moitié ou les trois quarts de l'ulcération, le plus souvent en avant, laissant la partie postérieure de niveau avec la muqueuse vaginale dans laquelle elle se perd insensiblement ;

5) Indolence absolue ;

6) Évolution torpide et résistance à tous les traitements, notamment antisyphilitiques ;

7) Histologie banale d'inflammation chronique, sans lésions particulièrement marquées des vaisseaux, ne permettant en somme que d'écarter le diagnostic de cancer;

8) Évolution chez des femmes castrées chirurgicalement ou ayant dépassé la ménopause. Conservation d'un excellent état général;

9) Adénopathie absente ou banale.

Nous avions émis, à ce moment, une hypothèse sur la pathogénie de ces ulcères. Nous pensions qu'ils étaient consécutifs à des traumatismes professionnels incessamment répétés et portant sur des tissus dont l'élasticité était diminuée du fait de l'involution qui suit souvent la suppression de la fonction ovarienne. Au début, ce sont de simples érosions qui se cicatrisent si les traumatismes sont supprimés et qui, dans le cas contraire, s'agrandissent et aboutissent à une ulcération. Celle-ci à son tour peut encore guérir par le repos si elle n'est pas organisée depuis longtemps. Mais bientôt la guérison devient impossible. Nous avons gardé ainsi pendant plusieurs mois une vieille prostituée, au repos sexuel absolu, sans obtenir même un début de cicatrisation. Je dois dire que, depuis, nous avons pu guérir quelques cas par des scarifications linéaires quadrillées, selon la méthode mise au point par Vidal et par Brocq pour le traitement des lupus tuberculeux. C'est le seul mode de traitement qui ait montré quelque efficacité, probablement temporaire.

Un seul cas avait été observé par moi en clientèle de ville. Il s'agissait d'une dame d'une cinquantaine d'années, plutôt davantage, dont la vulve était en état de kraurosis et qui se plaignait d'une fente, d'une rhagade sur la fourchette toutes les fois que, très éprise d'un jeune amant, elle avait eu avec lui des rapports dont elle cachait soigneusement la voluptueuse douleur. Heureusement, ces rapports étaient assez espacés pour que dans l'intervalle la cicatrisation pût se produire et pour que l'ulcération ne s'ensuivît pas.

L'ulcère simple de la vulve était donc en somme une maladie professionnelle, apanage exclusif des prostituées, castrées ou arrivées à la ménopause.

Cet essai de démembrement du vieil esthiomène ne trouva pas d'écho. Il participa de l'indifférence à laquelle semblait vouée la maladie de Huguier. Depuis trois ou quatre ans cependant cette indifférence fait place à une série de recherches. Ce revirement est

dû presque exclusivement à la réaction de Frei. On passe au crible de cette réaction toutes les lésions ano-vulvaires délaissées jusqu'ici et la tendance générale est de les rapporter à la maladie de Nicolas-Favre.

*
* *

Sans avoir la prétention de citer tous les auteurs qui se sont occupés de ces questions, on lira avec intérêt les publications suivantes qui sont parmi les plus importantes. A tout seigneur tout honneur, je commence par Nicolas, Favre et leurs élèves Massia et Lebeuf. A la « Réunion Dermatologique » de Lyon, séance du 15 janvier 1931, ils ont attiré l'attention sur des lésions périanales, ressemblant à de banales marisques papillomateuses, mais présentant histologiquement des modifications identiques à celles des ganglions poradénitiques : microabcès et formule cytologique polymorphe « caractéristique ».

P. Chevallier et Bernard, à la séance de novembre 1932 de la *Société de Dermatologie*, décrivent une forme cutanée pure de la maladie de Nicolas-Favre. Il s'agit de nodules intradermiques fistulisés à la peau, sans lésion génitale, avec Frei positif. L'histologie est analogue à celle de la maladie de Nicolas-Favre.

Marcel Pinard et Fiehrer (*Soc. de Derm.*, décembre 1932), Sézary (*Presse Médicale*, n° 100, décembre 1932, p. 894) rapportent des cas analogues. La parenté avec la maladie de Nicolas-Favre est démontrée par la réaction de Frei et par l'histologie.

Yersild qui est le premier à avoir attaqué l'étiologie syphilitique du vieux syphilome ano-rectal de Fournier et à avoir soutenu son origine chancrelleuse d'abord, puis, à la suite de la découverte de Frei, lymphogranulomateuse, pense que l'œdème élastique chronique, qui aboutit dans les formes graves à l'éléphantiasis, est dû à l'oblitération ou à la destruction des ganglions lymphatiques. L'éléphantiasis du rectum serait sous la dépendance des lésions des ganglions de Gerota ; l'éléphantiasis vulvaire, des lésions des ganglions inguinaux. C'est la stase lymphatique qui jouerait le rôle principal (*Ann. de Derm.*, n° 13, 1933).

Nicolau (*Ann. de Derm.*, janvier 1934) critique avec modération la conception de Yersild, mais il a un argument important dans l'absence fréquente de passé ganglionnaire, et le savant roumain

conclut à une gêne de la circulation lymphatique locale : réseau capillaire et troncs collecteurs. Quant aux formes cutanées pures de P. Chevallier, il croit qu'il s'agit de lymphangites nodulaires suppurées dues au virus lymphogranulomateux.

Je ne peux passer sous silence un article de F. Reiss paru dans les *Annales de Dermatologie* et qui m'avait paru intéressant. Il décrivait une nouvelle intradermo-réaction basée sur les propriétés antigéniques du sérum des sujets atteints de maladie de Nicolas-Favre. Il suffisait de prendre du sang, de recueillir le sérum et d'en injecter une ou deux gouttes dans la peau. J'ai vérifié cette réaction et je n'ai obtenu que des résultats négatifs. Sézary et Rabeau sont arrivés à la même opinion que moi (communication privée).

On lira également avec intérêt le rapport, au Congrès de Chirurgie de 1934, de Cunéo et Gâtellier, les travaux de Hellström, de Gay-Prieto, de Louste, Cailliau et Schwartz, de Cedercreutz, de Navarro-Martin. Ces deux derniers auteurs ont décrit des œdèmes chroniques du fourreau de la verge qu'ils considèrent comme des formes anormales de la maladie de Nicolas-Favre.

En résumé, depuis quelques années, on décrit, à côté du vieux syphilome (ou syndrome) ano-rectal, à côté aussi du vieil esthiomène de la vulve, des lésions anales ou vulvaires, cutanées même, ulcéreuses ou non, qu'on rapporte à la maladie de Nicolas-Favre, à cause de la positivité de la réaction de Frei d'abord et quelquefois à cause de constatations « caractéristiques » histopathologiques.

De notre *Ulcus simplex* chronique, il n'est question nulle part. Les auteurs s'ils l'ont rencontré, l'ont de toute évidence englobé dans les formes chroniques, ulcéreuses, de la maladie de Nicolas-Favre.

Le moment est donc venu d'examiner si cette interprétation est conforme à la vérité ou si, au contraire, l'*Ulcus simplex* doit être considéré comme une affection nettement individualisée.

*
* *

Pour résoudre ce problème, il fallait lire attentivement les travaux auxquels nous venons de faire allusion, retrouver nos anciennes malades (nous n'avons réussi que pour deux d'entre elles qui,

d'ailleurs, présentaient une réaction de Frei négative), et en chercher de nouvelles.

Heureusement mon assistant à l'Hôpital Saint-Lazare est en même temps médecin du Dispensaire de Salubrité. A ce dernier titre, il examine les prostituées pour leur visite réglementaire et il a pu ainsi réunir en quelques semaines 16 malades atteintes d'ulcérations chroniques et incurables de la vulve ou de rétrécissement du rectum. L'une d'elles, soit dit en passant, exerce son état bien qu'elle ait, depuis plus de dix ans, un anus iliaque nécessité par un rétrécissement ayant abouti à une occlusion à peu près complète du rectum! Toutes se sont fort aimablement prêtées aux examens biologiques habituels.

Nous avons pu ainsi brosser un tableau clinique et faire quelques recherches biologiques qui manquaient à notre premier travail.

Sur les 16 malades, nous n'en avons retenu que huit, les huit autres étant atteintes d'œdèmes élastiques vulvaires sans ulcération ou de rétrécissement du rectum sans ulcérations vulvaires. Les 8 malades retenues présentent des ulcérations chroniques compliquées, pour deux d'entre elles, de rétrécissement du rectum.

Dans aucun des huit cas nous n'avons retrouvé l'ulcération *isolée* de la fourchette. Invariablement il existait soit d'autres ulcérations sur une autre partie de la vulve, soit des œdèmes localisés, soit un état éléphantiasique de l'ensemble des organes génitaux externes. Voilà un premier point qui différencie déjà notre *ulcus simplex* lequel se présentait, dans notre première série de malades, comme une ulcération solitaire.

Les ulcérations de la série actuelle, lorsqu'elles siègent à la fourchette, ressemblent beaucoup à celles de l'*Ulcus simplex*. La morphologie semble, comme il arrive souvent, commandée plus par le siège que par la cause. C'est une ulcération arrondie, de 6 à 10 millimètres de diamètre, à fond un peu inégal mais assez propre quand on l'a débarrassé du muco-pus qui la recouvre et qui est entourée sur une partie de son pourtour, et le plus souvent en avant, par un bourrelet cicatriciel très dur. Ce bord vraiment très particulier constitue le caractère principal. Il surplombe nettement l'ulcération en avant tandis qu'il s'efface en arrière où l'ulcération se perd sous les plis de la vulve.

En dehors de la fourchette, on peut voir des ulcérations en

n'importe quel point, mais les sièges d'élection sont autour de l'orifice du canal de Bertholin et autour du méat urinaire. Les caractères décrits ci-dessus s'y retrouvent mais avec moins de netteté, notamment en ce qui concerne les bords qui sont moins bien dessinés, moins durs.

Les ulcérations sont parfois surmontées d'une bride fibreuse de 2 ou 3 millimètres de largeur, fixée par ses deux extrémités seulement aux bords de l'ulcération de façon qu'elle passe sur celle-ci comme un pont, ce dont on s'assure facilement en la soulevant du bout d'un stylet. Ces brides en forme de pont se retrouvent d'ailleurs sur d'autres parties de la vulve même non ulcérées. D'autres brides, celles-ci adhérentes sur tout le parcours, font une sorte de relief de 2 ou 3 millimètres de largeur et de hauteur sur environ 1 centimètre de longueur. Brides en forme de pont et brides en relief font parfois ressembler la muqueuse vulvaire à la surface de l'endocarde avec ses piliers. Dans le voisinage des ulcérations nous avons vu également des plaques leucoplasiques.

Les œdèmes (1) accompagnent souvent les ulcérations mais peuvent aussi exister sans elles. Ils sont tantôt localisés, tantôt étendus à tous les organes génitaux externes, compliqués ou non de rétrécissement du rectum.

Localisés, on les voit atteindre le capuchon du clitoris, les petites et les grandes lèvres, et même une ou plusieurs caroncules myrtiformes. Leurs caractères sont partout les mêmes : rosés, fermes, élastiques, ne gardant pas l'empreinte du doigt sauf, exceptionnellement et dans une faible mesure, quant il y a des poussées inflammatoires. Ils sont lisses avec parfois, sur les grandes lèvres surtout, des sailllies sessiles hémisphériques, végétantes, isolées ou agminées. J'ai vu ces sortes de végétations former un véritable semis confluent sur le vestibule. J'ai vu aussi des saillies digitées de 4 ou 5 millimètres de longueur fermes et comme érectiles. Autour du méat, il existe parfois quatre ou cinq végétations en formes de pétales de fleur. Ces formations « pétaloïdes » réunies en amas informe se laissent au contraire bien séparer en écartant les petites

(1) Ce terme d'œdème est mauvais, car, histologiquement, il s'agit d'une « sorte d'éléphantiasis en voie d'organisation », comme me l'a écrit Civatte en conclusion d'une longue note histopathologique concernant une de mes malades qui présentait autour du méat une sorte de corolle. Il s'agit d'endo et de périlymphangites avec tendance à l'oblitération du réseau lymphatique.

lèvres. Les caroncules myrtiformes elles-mêmes peuvent s'infiltrer, s'hypertrophier et devenir fermes au toucher.

Généralisé, l'œdème constitue l'éléphantiasis de la vulve dont les caractères classiques n'ont pas besoin d'être rappelés.

Toutes ces lésions, ulcérations, brides, œdèmes se combinent de façons variées, discrètes, moyennes ou luxuriantes aboutissant alors à l'esthiomène de la vulve.

Chose étonnante, même dans les formes les plus graves où la vulve est transformée en une sorte de cloaque végétant et ulcéré, le vagin reste parfaitement libre. On n'y voit aucune lésion.

L'état des ganglions varie dans de faibles proportions. Parfois il n'y a aucune adénopathie. Le plus souvent les ganglions, au nombre de 2, 3 ou 4 de chaque côté, sont durs, mobiles sous la peau et sur les plans profonds. Les ganglions iliaques n'étaient pas perceptibles. Les ganglions Gerota pas davantage.

L'état général était excellent même chez la malade affligée depuis dix ans d'un anus artificiel.

*
* *

Pour contrôler l'opinion des auteurs sur l'origine lympho-granulomateuse de ces ulcérations, nous avons pratiqué, selon la technique « Ravautique », des intradermo-réactions avec l'antigène de Frei *simien*, aimablement mis à notre disposition par Levaditi. Lecture au quatrième jour. Sont considérées comme positives les réactions caractérisées par une *papule* érythémateuse nettement infiltrée au toucher, de 4 millimètres au moins de diamètre.

Nous avons pratiqué en même temps des intradermo-réactions de Ito-Reenstierna, à l'aide du vaccin Dmelcos et une réaction de Wassermann.

Nous résumons les résultats dans le tableau suivant :

Tableau I

Malades :

N° 1	W — I + F +
N° 2	W + I — F +
N° 3	W + I — F +
N° 4	W + I + F +
N° 5	W + I + F +
N° 6	W + I + F +
N° 7	W + I + F +
N° 8	W + I — F —

On voit facilement qu'aucune malade ne présentait les trois réactions négatives.

Deuxième constatation importante : le Wassermann a été positif 7 fois sur 8 malades ; le Frei également 7 fois sur 8 ; le Ito seulement 5 fois sur 8.

Mais, troisième constatation importante, le Wassermann ne s'est montré positif *isolément* (c'est-à-dire les deux autres réactions étant négatives) qu'une fois. Les réactions de Ito et de Frei ne se sont *jamais* montrées positives isolément.

Au contraire, les « mélanges » sont la règle presque absolue, que la combinaison se fasse par deux ou par trois.

La combinaison à trois, les trois réactions étant positives, est la plus fréquente : 4 fois sur 8. Puis vient Wassermann et Frei positifs avec Ito négatif : 2 fois sur 8. Enfin Ito et Frei positifs avec Wassermann négatif : 1 fois sur 8.

Ce que l'on peut résumer dans le tableau suivant :

$$\begin{array}{l r}
W + I - F - = & 1 \\
W + I + F + = & 4 \\
W + I - F + = & 2 \\
W - I + F + = & \underline{1} \\
 & 8
\end{array}$$

Si nous considérons que les réactions sont spécifiques, aussi bien pour les réactions de Ito et de Frei que, ce qui ne fait plus de doute, pour la réaction de Wassermann, nous pouvons conclure que nos malades étaient atteintes ou avaient été atteintes de syphilis : 7 fois sur 8 ; de chancrelles : 5 fois sur 8 ; de maladie de Nicolas-Favre : 7 fois sur 8.

Ces trois maladies se combinent de façon diverse, l'une quelconque d'entre elles, la syphilis exceptée, n'agissant jamais seule.

Un esprit trop mathématique concluerait peut-être que l'ulcération ne peut être réalisée que par un mélange de deux ou, mieux encore, des trois maladies. Mais, en pratique, nous savons que ces maladies laissent, longtemps après toute manifestation clinique, un état organique particulier qui se révèle par les réactions biologiques correspondantes. En d'autres termes, une ancienne syphilitique, à Wassermann positif par exemple, pourra être atteinte d'une ulcération chancrelleuse ou lymphogranulomateuse dans le développe-

ment de laquelle la syphilis ne sera pour rien. En résumé, on ne peut conclure à une hybridation du fait de la « polyposivité ». Cela est élémentaire. On ne peut davantage exclure la possibilité d'hybridation.

*
* *

Comment pousser plus loin l'analyse et faire, pour chaque ulcération, la part de l'une ou l'autre maladie?

Pour la syphilis, il y a l'épreuve du traitement. Celui-ci est remarquablement inactif. C'est un bon argument, quoique non absolument décisif, pour écarter la syphilis.

Pour la chancrelle, il y a l'auto-inoculation. Pour des raisons d'ordre privé, nous ne l'avons pratiquée que sur deux malades : elle a été négative chez l'une (avec Ito positif...) et positive chez l'autre (avec Ito négatif...). Remarquons en passant ces discordances.

Pour la lympho-granulomatose, les tests sont peu démonstratifs. On sait qu'elle n'est pas inoculable au porteur. Nous n'avons guère que l'histologie et l'épreuve antigénique de la lésion, c'est-à-dire la positivité réalisée avec le pus ou le tissu broyé de la lésion chez un malade qu'on sait atteint de maladie de Nicolas-Favre. Nous n'avons pu pratiquer cette épreuve qu'une fois, avec un résultat positif. Quant à l'histologie, elle nous a montré des lésions banales d'inflammation chronique.

Nous voici donc bien embarrassé. D'autant qu'il n'est pas absolument déraisonnable de penser que sur un terrain diversement marqué par une ou plusieurs des trois maladies, une cause différente, et que nous ne connaissons pas, intervienne à son tour effectivement.

Le problème *étiologique*, on le voit, est insoluble et, pour ma part, je ne me sens pas le droit de conclure.

*
* *

Nous avons argumenté en partant de l'hypothèse que les réactions sont spécifiques. Mais on peut, je crois, discuter cette hypothèse, excepté pour la réaction de Wassermann que je considère, avec la grande majorité des syphiligraphes, comme indiquant l'existence de la syphilis.

Mais la réaction de Ito et celle de Frei ne me paraissent pas à l'abri de toute critique.

Nous n'avons pas étudié systématiquement la réaction de Ito faite avec le Dmelcos. Cependant nous croyons pouvoir affirmer que nous l'avons trouvée négative au cours de l'évolution de chancrelles authentiques, en nous mettant bien entendu dans les conditions d'une bonne expérimentation. Nous ne pouvons dire inversement qu'elle se soit montrée positive en l'absence, présente ou passée de chancrelles. Nous venons de noter la discordance avec l'auto-inoculation dans deux cas.

Mais pour la réaction de Frei, nous pouvons parler. Notre statistique porte maintenant sur 126 malades prises au hasard (Il va de soi que nous n'avons pas fait entrer dans cette statistique les malades que nous avons recherchées, en dehors de notre recrutement normal, pour les besoins du présent travail).

Sur ces 126 malades, onze ont présenté un Frei positif ce qui donne un pourcentage de 8,73 o/o. Sur ces onze malades, huit ne présentent aucun signe clinique pouvant faire penser à la maladie de Nicolas-Favre. Sur les trois restantes, l'une est atteinte de rétrécissement du rectum et d'œdème de la grande lèvre gauche ; la seconde, d'ulcérations chroniques de la vulve ; la troisième, d'ulcérations chroniques vulvaires et anales. Pour la seconde seulement, les antécédents indiquent une maladie de Nicolas-Favre authentique : poradénite ayant fourni en juillet dernier un antigène valable.

Notre statistique a donc baissé de 2 o/o sur celle que nous avions présentée à la Société de Dermatologie car, portant sur nos 50 premiers malades, elle donnait un résultat positif de 10 o/o.

On m'a objecté que le milieu dans lequel j'expérimentais était très contaminé. On s'est même étonné de la faiblesse de mon pourcentage. A ceux que cet argument pourrait impressionner, je rappelle que F. Gallart-Monès (*Documentaire Médical*, fév. 1935) a trouvé la réaction de Frei intensément positive chez des *enfants* n'ayant jamais souffert de Nicolas-Favre et que, plus récemment (*Soc. Dermat.* Séance du 9 mai 1935), Babonneix, Touraine et Lafont ont constaté que dans trois cas sur 100, la réaction de Frei a été *passagèrement* mais nettement positive, chez des enfants, alors que rien ne permettait de penser que la maladie de Nicolas-

Favre fut en cause. Cette étude particulièrement bien menée a une valeur incontestable.

On y relève le mot « passagèrement ». Nous avons également constaté à deux semaines d'intervalle des résultats discordants avec le même antigène.

Nous ne pensons pas, pour notre part, que l'on puisse considérer la réaction de Frei comme spécifique. En d'autres termes nous pensons qu'elle peut se montrer positive dans des cas où la maladie de Nicolas-Favre ne peut être démontrée par aucun autre signe et qu'en la suivant, dans ces conditions, on risque de partir d'une pétition de principes. C'est cette base faussée qui a pu conduire à considérer des péri-métrites et même des tabès comme étant d'origine lympho-granulomateuse.

*
* *

Mais revenons à nos ulcérations chroniques. Quelle en est la cause? Je crois qu'il est impossible de conclure. Mon sentiment est qu'il s'agit d'un syndrome à étiologie variable et peut-être multiple, polyvalente comme on dit aujourd'hui. En tout cas la preuve de leur origine exclusivement lympho-granulomateuse n'est pas faite. On ne peut donc dire que notre *ulcus simplex* soit une localisation de la maladie de Nicolas-Favre. Il faut poser le problème autrement. Existe-t-il, parmi les ulcérations chroniques de la vulve, une variété spéciale siégeant à la fourchette, entourée sur une partie plus ou moins étendue de son pourtour, d'un bord dur, calleux, indolentes et résistant à tous les traitements, sauf, parfois, aux scarifications? Cela est évident.

Ces ulcérations se distinguent-elles d'autres ulcérations siégeant sur d'autres points de la vulve, notamment vers l'orifice du Bartholin, ou autour du méat? Nous le croyons sans pouvoir l'affirmer. Alors, en effet, que les ulcérations de notre *ulcus simplex* sont dures, cicatricielles, presque cartilagineuses au toucher sur leurs bords, bien circonscrites, — les ulcérations latérales ou périméatiques sont plus molles, tomenteuses, bourgeonnantes, doublées souvent d'un tissu œdémateux, polypoïde d'aspect. Les bords en sont moins cicatriciels, moins nets. Ces dernières ulcérations sont souvent traversées en pont par une bande fibreuse fixée aux bords de l'ulcé-

ration par ses extrémités seulement et qu'on peut largement soulever au-dessus de l'ulcération. Ces ponts étaient considérés, à tort semble-t-il, par Ravaut comme devant faire penser d'abord à la tuberculose. Elles sont compliquées souvent d'autres lésions : œdèmes, plaques leucoplasiques et ces curieuses bandes fibreuses non plus jetées en forme de pont, mais plaquées sur la muqueuse et qui, jointes aux autres brides, donnent à la vulve un faux aspect d'endocarde avec ses piliers.

Cliniquement, nous croyons donc que l'*ulcus simplex* peut être distingué des autres ulcérations chroniques. Pouvons-nous enfin, à défaut de base étiologique, maintenir la pathogénie que nous avions invoquée et considérer l'ulcération comme étant la conséquence de traumatismes professionnels répétés sur une muqueuse en état d'involution, elle-même due à la ménopause ou à la castration ?

J'avoue que cette pathogénie, qui nous avait paru pouvoir être invoquée dans nos dix premiers cas, nous paraît quelque peu ébranlée parce que nous avons vu quelques cas chez des femmes jeunes et bien réglées. Cette pathogénie ne conviendrait donc pas à tous les cas. En voici une autre qui, quoique voisine, peut être invoquée chez une malade de ville, non prostituée et même ayant été empêchée d'avoir des rapports sexuels complets depuis cinq ans par un vaginisme irréductible. Cette malade qui venait nous consulter pour son vaginisme, présentait non pas une ulcération mais des érosions sur la fourchette vulvaire et *deux plaques de morphée* sur le ventre. Ici aussi il peut s'agir d'un défaut de résistance de la muqueuse vulvaire par suite d'une sclérodermie locale.

En résumé, nous avons fort à faire pour élucider la clinique, l'étiologie et la pathogénie des ulcérations chroniques de la vulve. Les remarques qui précèdent n'ont d'autre prétention que d'apporter quelques documents pour servir à leur étude.

ÉTUDE DES TROUBLES PIGMENTAIRES DANS LA LÉSION DU PSORIASIS

Par M. Fr. WORINGER et Mlle Béatrice LEWIS (de Londres).

(Travail de la Clinique Dermatologique de la Faculté de Médecine de Strasbourg.
Directeur : Prof. L.-M. Pautrier).

On sait depuis longtemps que les lésions de psoriasis s'accompagnent au cours de leur évolution de troubles pigmentaires. En effet, déjà Aubry, Brocq, Woronow, ont montré que la lésion éruptive érythémato-squameuse du psoriasis était entourée d'un halo clair dépigmenté de 2 à 3 millimètres de largeur ou davantage. Le plus souvent ce petit symptôme n'est pas net, il faut le rechercher attentivement. Ce trouble de la pigmentation s'observe encore lors de la guérison d'un psoriasis qui a été traité par les réducteurs forts, et l'on voit alors que l'emplacement des lésions éruptives en voie de disparition est marqué d'une tache achromique. Il est d'ailleurs classique qu'un psoriasis doit être traité jusqu'à l'apparition du négatif des anciennes lésions. Un psoriasis guéri peut encore être suivi d'une leucodermie assez persistante qui a été observée en particulier par Rille. Brocq fait remarquer que cette dépigmentation résiduelle occupe souvent des plaques plus étendues que l'efflorescence psoriasique initiale. Nous voyons donc là une participation du halo périphérique dans la constitution de l'achromie psoriasique. Ces dépigmentations résistent à l'action repigmentante de la lampe de quartz comme l'a montré Buschke. Cependant l'étude de la pigmentation a surtout porté sur l'élément psoriasique lui-même et non pas sur sa bordure, lacune que nous essayons de combler ici à l'aide de l'observation d'un psoriasique qui a été hospitalisé dans le service.

Il s'agit d'un psoriasis typique, avec cependant quelques particularités, dont était atteint un jeune homme de 15 ans, Sch... Joseph



Fig. 1.

Psoriasis nummulaire typique mais avec halo dépigmenté assez large et qui accompagne à peu près chaque élément éruptif.

(observ. n° 5.324), admis à la clinique au début de l'année 1932. Il est atteint de psoriasis depuis environ huit ans et est traité à la clinique pour la sixième fois. Il s'agit d'un psoriasis généralisé à petites plaques disséminées sur tout le tronc et sur les membres. Les lésions sont arrondies, certaines circinées, et vont de la dimension d'une grosse tête d'épingle à celle d'une pièce de 50 centimes, par endroits jusqu'à une pièce de 2 francs. Elles sont recouvertes d'un enduit squameux, blanc jaunâtre très épais. Mais ce qui frappe surtout, c'est un large halo de dépigmentation qui entoure toutes ces lésions sur une largeur variant de 2 millimètres et demi à 1 centimètre.

Afin de faire une étude complète de la pigmentation, nous avons excisé un lambeau de peau comprenant à l'une de ses extrémités l'élément érythémato-squameux de psoriasis, au milieu la zone de dépigmentation et enfin à son autre extrémité de la peau saine normalement pigmentée. Avec cette biopsie il a été pratiqué des dopa-réactions et des coupes à la paraffine.

La biopsie F. 214 nous donne un aperçu d'ensemble de la lésion psoriasique, de sa bordure et de la peau saine. Sur les coupes à paraffine nous reconnaissons très bien la lésion psoriasique avec épiderme acanthosique, parakératosique et recouverte de l'enduit squameux typique avec micro-abcès.

En dehors de cette lésion hyperkératosique, c'est-à-dire dans le territoire entourant la lésion psoriasique elle-même, l'épiderme paraît tout à fait normal. Il en est de même des lésions dermiques ; l'infiltrat papillaire et sous-papillaire ainsi que le léger œdème papillaire qui accompagne les lésions acanthosiques et hyperkératosiques de psoriasis s'atténuent rapidement en bordure pour disparaître. Avec les colorations ordinaires les lésions histologiques paraissent donc limitées strictement à la zone érythémato-squameuse. Cependant, nous allons trouver un décalage des lésions en examinant la même coupe traitée pas l'argentation de la mélanine avec le nitrate d'argent ammoniacal de Fontana. La région acanthosique et hyperkératosique est très pauvre en mélanine, puis en suivant l'épiderme au delà de la région franchement psoriasique, nous voyons la mélanine augmenter d'importance. Mais en continuant à nous éloigner du point initial, nous tombons sur l'autre extrémité de la coupe, qui présente une mélanisation bien plus apparente que le reste de la coupe. Cette extrémité correspondant à de la peau normale, nous voyons par conséquent que la

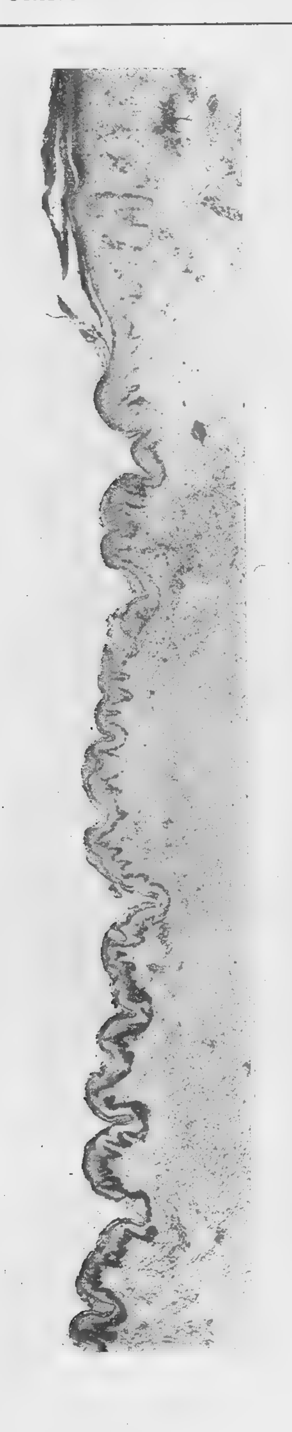


Fig. 2.

Micro-photographie d'une dopa-réaction faite sur une coupe intéressant à droite l'efflorescence psoriasique et à gauche la peau saine. Remarquer l'abondance des mélanoblastes en peau saine, leur diminution manifeste au milieu de la coupe qui correspond au halo dépigmenté et leur rareté au niveau de l'efflorescence psoriasique (Gross. 25 diam.).

pigmentation mélanique est diminuée non seulement au niveau des lésions franches du psoriasis, mais peut encore l'être aux abords d'un foyer psoriasique sans qu'il y ait d'autres lésions histologiques apparentes.

Cette atténuation, par degrés de la pigmentation, est expliquée lorsque nous nous adressons à des coupes à congélation traitées par la dopa. Les mélanoblastes mis ainsi en évidence montrent une densité normale au niveau de la peau saine ; ils sont diminués de nombre lorsqu'on approche de la lésion psoriasique ; au niveau de l'efflorescence psoriasique elle-même ils sont tout à fait clairsemés (fig. n° 2).

En définitive, nous voyons que dans ce cas de psoriasis il y a un trouble pigmentaire qui dépasse largement les lésions psoriasiques franches. Il est vrai que, cliniquement déjà, ce cas était très démonstratif par la présence de halos dépigmentés et il est certain que ce trouble ne doit pas se trouver avec une même intensité dans tous les cas de psoriasis. Cependant, nous saisissons là un symptôme qui est l'un des moins bien étudiés de cette affection. Des recherches ultérieures nous montreront si ce symptôme inconstant en clinique pourra toujours être trouvé histologiquement.

Nous ne voulons pas tirer des conclusions prématurées de cette constatation, mais il est possible qu'une des premières lésions du psoriasis se manifeste par une altération de la pigmentogénèse épidermique. De plus, nous ne savons pas encore si l'on peut attacher une indication pronostique à ce halo de dépigmentation lorsqu'il est très accusé.

Un fait est certain c'est que ce halo décoloré est dû à une diminution de la pigmentogénèse et non à une anémie vasculaire comme on l'a dit. Notre image de la dopa-réaction est assez démonstrative à cet égard. La leucodermie psoriasique est donc à considérer comme une séquelle de l'éruption psoriasique ; elle persistera tant que les mélanoblastes n'auront pas récupéré un nombre suffisant pour assurer une pigmentogénèse normale.

(Buenos-Ayres) Hôpital Rawson.
Travail du Service du Docteur Carlos Seminario.

HYPOTHÈSE SUR L'ÉTIOPATHOGÉNIE DE LA MALADIE DE BESNIER-BŒCK (LYMPHOGRANULOMATOSE BÉNIGNE DE SCHAUMANN) ET D'AUTRES PROCESSUS CUTANÉS

LA NÉO-SCROFULE

Par les Docteurs

JUAN PESSANO et TOMAS NEGRI

Médecin attaché au Service de dermato-syphiligraphie de l'Hôpital Rawson

Médecin chef du Laboratoire Central de l'Hôpital Rawson

La scrofule de nos ancêtres est un syndrome constitué par des lésions bacillaires torpides ou faiblement évolutives, d'étiologie tuberculeuse, intéressant la peau (scrofulodermie, lupus vulgaire, etc.), les ganglions (infarctus bacillaires), les articulations et les os (mal de Pott, coxalgie, *spina ventosa*, etc.), chez des sujets infectés généralement en bas-âge. La virulence insuffisante des bacilles, et les contaminations multiples par des bacilles peu nombreux, créent chez les personnes plus âgées un état d'allergie, qui explique le caractère torpide des lésions. Il se produit spontanément dans l'espèce humaine quelque chose de semblable au phénomène si connu de Koch, qui est le principe fondamental de physiopathologie, sur lequel s'appuie le mécanisme compliqué de l'infection bacillaire et de l'immunité pour cette infection.

Cependant les lésions de la scrofule seraient toujours produites par le bacille de Koch de type humain et bovin.

On sait déjà que dans toutes les lésions osseuses, articulaires et ganglionnaires de l'antique scrofule, quand les moyens de recherche du bacille de Koch s'épuisent, on observe ces mêmes bacilles à l'examen direct simple ou avec des artifices soit par l'inoculation

simple et en série ou par des cultures. L'étiologie de la scrofule ne peut donc pas être mise en doute.

Il n'en est pas de même cependant dans un ensemble de syndromes et de lésions cliniques et anatomo-pathologiques qui ont une physionomie spéciale leur donnant une certaine individualité.

Comme exemple de ces syndromes nous citerons :

La maladie de *Besnier-Bœck* (sarcoïdes cutanées multiples bénignes (Bœck 1896), lupoïdes miliaires (selon l'école allemande), *lupus pernio* (Besnier).

Schaumann a réuni tous ces processus sous une dénomination d'ensemble (1916) : la lymphogranulomatose bénigne. Le lupus de Cazenave (lupus érythémateux et ses variétés) est compris dans ce syndrome.

Les lésions cutanées que nous avons mentionnées ne sont que les expressions tégumentaires de processus généraux affectant toute l'économie, au moyen du tissu réticulo-endothélial. Il s'agit d'une réticulo-endothéliose qui touche tous les organes et tous les tissus (os longs et courts, ganglions, rate, foie, etc.), en sorte que les processus cutanés qui complètent ces lésions ne constituent en aucun cas des atteintes purement locales; ce sont des manifestations tégumentaires d'une maladie de tout l'organisme.

Schaumann a désigné sous le nom de *parascrofule* les lésions de la maladie de Besnier-Bœck, avec le même critérium croyons-nous que Fournier quand il créa le chapitre de la parasyphilis, car il admet l'étiologie bacillaire, surtout bovine, pour ces processus.

Bory, en 1934, désigne ces processus sous le nom de *néoscrofule*, et nous ne savons pas quels sont les faits sur lesquels il se fonde pour créer cette dénomination ; nous ne savons pas non plus s'il croit que ces procès sont produits par d'autres bacilles alcool acido-résistants voisins du bacille de Koch et ses variétés ; car il admet aussi l'étiologie bacillaire.

Nous croyons que cette idée n'est pas complètement rejetée par Bory quand il parle de la néo-scrofule parce qu'il dit :

« La lymphogranulomatose bénigne de Schaumann n'est pas une nouveauté : ce type a été compris dans l'antique scrofule, aujourd'hui rajeunie à la clarté des notions modernes sur les formes filtrables du bacille tuberculeux et sur l'existence probable de bacilles paratuberculeux, qui appartiennent au groupe des oospores, streptotricées et nocardias ».

La lymphogranulomatose maligne de Sternberg, qui présente aussi des manifestations tégumentaires, a certains caractères qui lui donnent un air de famille avec l'ensemble des processus énoncés plus haut.

Comme la lymphogranulomatose bénigne de Schaumann elle est un granulome d'aspect plus ou moins tuberculoïde ; c'est pour cela qu'au début de l'affection il n'est pas rare de voir des histopathologistes de marque éprouver des difficultés pour établir le diagnostic différentiel quand ils font l'étude structurale des ganglions. Cependant cette affection mérite parfaitement le nom qu'elle porte alors qu'il n'en est pas de même pour l'entité de Schaumann car la première est une affection primitive et systématique semble-t-il, du système lymphatique ganglionnaire, et la seconde est une réticulo-endothéliose qui, bien qu'elle affecte les ganglions, le fait au moyen dudit tissu affecté.

Le granulome de la maladie de Hodking est constitué principalement par des cellules éosinophiles, associées généralement à des cellules pathognomoniques (cellules de Sternberg), tandis que le granulome de Schaumann est constitué presque uniquement par des cellules épithélioïdes.

A l'égard de l'étiologie de ces processus, la théorie infectieuse bacillaire est celle qui a le plus de partisans ; elle se base sur une série de travaux expérimentaux d'un intérêt positif.

Cependant l'accord n'est pas unanime, et il y a des auteurs qui repoussent cette étiologie.

Pour la maladie de *Besnier-Bœck*, Schaumann, Werner Jadassohn, Ramel, prenant comme base des inoculations positives et des cultures, soutiennent l'étiologie bacillaire, par des bacilles de type surtout bovin de virulence atténuée.

D'autres auteurs comme Kissmeyer et Svend Lomholt, nient la théorie bacillaire de la maladie de Besnier-Bœck se basant pour cela sur des expériences similaires, sur les résultats d'intradermo-réactions, et sur des arguments épidémiologiques.

A la réunion de Strasbourg de 1934, filiale de la S. F. de D. et S., le sujet proposé a été celui des sarcoïdes ; Pautrier, président de la session, résuma la discussion sur l'étiologie en disant : « Pour Schaumann, il s'agit d'une tuberculose d'origine bovine ou de virus filtrant tuberculeux ; pour Kissmeyer d'un granulome

infectieux qu'on pourrait situer entre la tuberculose et la lèpre, et qui pourrait provenir d'un agent autonome. Il serait prématuré de se prononcer. Cependant je crois que la théorie bovine de Schaumann est celle qui réunit le maximum de probabilités ».

Sur l'étiologie de la lymphogranulomatose maligne, on peut lire le compte rendu dans les *Annales d'Anatomie Pathologique de Paris* (1931) de la séance consacrée à cette question dans laquelle Vasiliu a fait une synthèse des recherches réalisées par les auteurs et qui tendent à éclaircir l'étiologie de cette maladie ; et bien que le bacille de Koch ait été trouvé par des procédés divers dans ces processus, il dit que l'association de ceux-ci avec la bacillose diminue la valeur de ces expériences.

Il ne serait pas juste de passer sous silence la présence de bacilles pléomorphes, diphtérimorphes et granuleux non acido-résistants, Gram positifs, trouvés par divers auteurs, dont Schaumann, dans la lymphogranulomatose bénigne ; Schaumann émet l'hypothèse qu'il pourrait s'agir de formes non acido-résistantes du bacille de Koch, dont la variabilité est admise par des auteurs comme Fontès, Vaudremer, Arloing, Dufour et Maltre, Valtis et autres.

Cependant la tendance dominante est d'admettre qu'il est possible que les agents microbiens producteurs de ces processus soient des bacilles de Koch de virulence atténuée ou d'une race spéciale, comme il arrive pour les lésions de scrofule.

Malgré cela *l'allergie*, état spécial des tissus qui rend un terrain apte à la production par le bacille de Koch de ces lésions torpides et qui domine tous les concepts pathogéniques sur l'origine de la scrofule, n'existe pas dans la lymphogranulomatose bénigne.

Effectivement, il est étrange que les intradermo-réactions à la tuberculine pratiquées sur les patients affectés de la maladie de *Bœck-Besnier*, soient négatives dans une proportion plus élevée que chez des personnes en apparence saines. Ce fait d'observation doit nous faire méditer et nous induire à lui chercher une explication rationnelle.

C'est un fait incontestable que les patients scrofuleux présentent des intradermo-réactions fortement positives ; un autre fait d'observation courante est que des patients affectés de bacillose avancée, avec des défenses très diminuées, ou bien sans défenses présentent à cause d'un état *d'anergie*, des intradermo-réactions à la tuberculine négatives.

Il est curieux que des patients affectés de sarcoïdes, dont l'état général est bon, présentent un état *d'anergie* comme les tuberculeux au dernier degré.

Jadassohn soutient que *l'anergie* que présentent ces patients au lieu d'être une marque de non-infection ou d'absence de défenses (anergie négative), est un indice d'infection (anergie positive) et qu'elle serait produite par des réactions humorales spéciales (formation d'anticutines) qui créeraient une anergie de la peau pour la tuberculine.

Nous reconnaissons que cette théorie est ingénieuse et qu'elle se base sur quelques faits expérimentaux d'un intérêt positif, mais nous devons avouer aussi qu'elle satisfait moins la raison que l'hypothèse admise par nous ; c'est-à-dire que la maladie de *Bœck-Besnier* est produite par des *bacilles alcool acido-résistants tuberculoïdes.*

Schaumann a vérifié sur deux patients atteints de *lupus pernio* et sur un autre affecté de sarcoïdes, exempts de tuberculose pulmonaire, qu'à mesure que *l'anergie* cutanée à la tuberculine disparaissait pour être substituée par une *allergie*, les lésions cutanées s'amélioraient en même temps que se développait une tuberculose pulmonaire de caractère évolutif. Schaumann interprète ces faits comme si, par des modifications des conditions des tissus et humorales, le même bacille de Koch qui produisait le *lupus pernio* et les sarcoïdes, devenait apte à produire une T. P.

Nous croyons logique de supposer que les deux affections sont d'étiologie différente, *néoscrofuleuse* pour celles du début et *bacillaire* pour les affections pulmonaires, la positivité des intradermo-réactions coïncidant avec l'initiation du processus pulmonaire. Nous avons préparé de la *paratuberculine* avec des cultures de bacilles paratuberculeux isolés de 5 cas de lupus érythémateux et nous avons vérifié l'existence d'allergie cutanée pour cette substance avec une fréquence presque absolue chez des personnes porteuses de cette affection et par contre de *l'anergie* cutanée chez des personnes qui portaient des lésions véritablement scrofuleuses ou chez des tuberculeux. Malgré cela, les intradermo-réactions avec la tuberculine de Koch sur des personnes atteintes de lupus érythémateux, étaient fréquemment positives, comme cela se passe chez les adultes même s'ils ne présentent pas de lésions bacillaires évolutives.

L'argumentation de Schaumann serait semblable à celle de l'ob-

servateur qui dans un cas de lèpre avec intradermo-réaction négative à la tuberculine, verrait celle-ci devenir positive au cours d'une tuberculose pulmonaire (association fréquente) et qui croirait les deux processus, cutané et pulmonaire produits par le même agent microbien.

Il y a dans la littérature nombre de travaux isolés dans lesquels on a décrit des bacilles alcool acido-résistants isolés des humeurs et des tissus normaux et pathologiques, qui forment un groupe vaste dont l'importance est impossible à méconnaître. Cependant ces bacilles n'ont pas été jusqu'à présent suffisamment étudiés. Envisageant le problème que pose ce vaste groupe, la logique résiste à croire que ces bacilles ne remplissent pas dans quelques circonstances le rôle de germes pathogènes et que l'organisme puisse les abriter dans toutes les circonstances sans éprouver aucune altération pathologique.

Bien entendu, nous ne faisons pas allusion aux bacilles accidentellement acido-résistants mais bien au groupe individualisé par Bezançon et Philibert (Congrès de la Tuberculose de Paris, 1905) héréditairement acido-résistants ou tuberculoïdes.

Philibert dit dans sa thèse : « Ces bacilles conservent à travers tous leurs réensemencements dans des milieux sans graisse, leur alcool acido-résistance et fabriquent eux-mêmes la substance qui leur donne cette propriété.

Cette propriété est comme pour le bacille de Koch une caractéristique d'espèce qui se transmet héréditairement dans toutes les transformations successives du microbe.

Ces microbes originent aussi des colonies qui ressemblent singulièrement à celles du bacille de Koch.

Toutes ces souches sont pathogènes pour le cobaye, mais au lieu de produire comme le bacille de Koch des lésions tuberculeuses, elles provoquent quand on les injecte sous-cutanément, un abcès local sans généralisation et quand on les inocule en grande quantité dans le péritoine, elles produisent des lésions de périviscérite fibro-caséeuse et exceptionnellement des lésions nodulaires.

Leurs ressemblances avec des lésions provoquées par des *bacilles tuberculeux* de virulence atténuée sont très grandes. Tous ces bacilles méritent d'être réunis sous le nom de bacilles tuberculoïdes ou paratuberculeux ; ils forment une famille naturelle avec le bacille de Koch et ses variétés. »

Tels ont été, nous le verrons plus loin, les bacilles que nous avons isolés dans 5 cas de lupus érythémateux, état pathologique qui a le droit d'être inclus dans l'important syndrome ou maladie de *Bœck-Besnier* ou lymphogranulomatose bénigne de Schaumann (voir « Estudio experimental sobre lupus eritematoso », *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, año 1932 » et « Estudio de los bacilos alcohol-ácido-resistentes aislados de lesiones cutáneas y diversas secreciones ». V. Congrès National de Médecine a Rosario de Santa-Fé, República Argentina.

Comme nous l'avons déjà dit il existe dans la littérature quelques travaux dans lesquels on a décrit des bacilles de ce type. Ainsi Bœck (1901) isola une souche de l'amygdale d'un patient mort de T. P. ; Mme Rabinowitch, en isola de diverses sécrétions et de l'expectoration dans un cas de gangrène pulmonaire ; Mironescu le fit des selles d'un typhique, etc.

Philibert soutenait que ces bacilles sont d'observation peu fréquente, mais nous croyons aujourd'hui, avec les milieux de culture à notre disposition (Lowenstein et Petragnani) si sensibles et dans certaines occasions plus sensibles que le cobaye même, que la possibilité de les isoler est beaucoup plus grande. Nous avons employé de préférence le milieu de Petragnani.

Nous prenons pour base de notre assertion le fait d'avoir isolé par des cultures faites dans les dits milieux, 9 souches de tuberculoïdes : 5 de tissus de lupus érythémateux, 2 de lésions ulcéreuses tuberculoïdes (*néoscrofuleuses*) tégumentaires, 1 d'un ganglion de maladie de Hodking et 1 autre d'un lichen corné.

On peut donc déduire de nos expériences personnelles que ces bacilles *existent avec une fréquence relative* dans des lésions tégumentaires et ganglionnaires et il est difficile de croire qu'ils soient des bacilles sans aucune signification pathogène dans toutes les circonstances où ils ont été isolés, et que seulement le bacille de Hansen et celui de Koch soient capables de produire des lésions dans l'espèce humaine.

Comme nous le verrons plus loin, les arguments que nous prenons comme base pour assigner à ces bacilles un rôle pathogène, bien qu'ils n'aient pas une valeur absolue considérés isolément, constituent par leur ensemble une forte présomption dans le sens indiqué.

L'hypothèse soutenue par nous pose un problème d'une impor-

tance fondamentale, elle ouvre de nouveaux et vastes horizons aux investigations et aux expériences scientifiques.

Un autre argument en faveur de notre conception sur l'étiologie des processus en considération, est l'argument histopathologique.

Il est logique de penser que les agents microbiens ou parasitaires capables de produire des lésions du type « tuberculoïde » avec un certain air de famille soient voisins ou qu'ils aient au moins certaines affinités.

Nous savons que le bacille de Hansen comme les formes peu virulentes de bacilles de Koch, comme il arrive dans certaines *tuberculoïdes*, peut causer des lésions tuberculoïdes à tel point qu'il existe une forme clinique et histopathologique de lèpre désigné sous le nom de tuberculoïde.

Pautrier a publié un cas de lèpre dans lequel les lésions histopathologiques avaient une structure de sarcoïde (tuberculoïde), et Jadasshon cite le cas de Bœck qui, en présence de deux biopsies, une de lèpre et une autre de sarcoïde, ne put faire le diagnostic différentiel.

Cela arrive aussi avec certains processus mycosiques ; et on n'ignore pas les ressemblances morphologiques et biologiques que présentent les bacilles de Hansen et ceux de Koch avec certains champignons, à tel point qu'on les a désignés sous les noms de *mycobacterium lepræ et tuberculosis.*

Et si quelques microorganismes doivent produire des lésions semblables, hors les microorganismes déjà cités, il est logique de penser avec quelle raison nous devons nous occuper des *bacilles alcool acido-résistants tuberculoïdes*, dont les lésions, en accord avec nos expériences et celles de la majorité des auteurs qui se sont occupés de ce sujet, sont « tuberculoïdes et non pas *folliculaires* ».

Si le vaste groupe de la maladie de *Bœck-Besnier* (*sarcoïdes, lupus érythémateux, lupus pernio et lupoïdes*) et la maladie de Hodking se caractérise par des lésions, précisément du type décrit (tuberculoïde), il n'est pas erroné de penser que les bacilles tuberculoïdes puissent remplir dans ces lésions le rôle d'agents pathogènes.

En plus de la fréquence impressionnante avec laquelle nous avons isolé ces bacilles tuberculoïdes des tissus de lupus érythé-

mateux (5 cas sur 13), il faut citer aussi nos expériences d'inoculation de ces bacilles aux animaux d'expérience chez lesquels nous avons reproduit des lésions histopathologiques d'une ressemblance extraordinaire avec celles de la maladie de Besnier-Bœck (V. Congrès National de Médecine, *La Linfogranulomatosis benigne* et *Revue Argentina de Dermatosifilologia*, année 1934, 2[e] partie).

Les résultats excellents du traitement des sarcoïdes par l'antiléprol, nous fournissent un autre argument qui n'a pas cependant une aussi grande importance; ceci nous fait penser à l'opinion soutenue par Kissmeyer, qui dit que la maladie de Besnier-Bœck est une entité autonome intermédiaire entre la lèpre et la tuberculose.

Il est extrêmement suggestif, comme nous avons déjà dit, que les intradermo-réactions avec de la *paratuberculine;* préparée avec des cultures (*en bouillon glycériné*) *des bacilles tuberculoïdes* que nous avons isolés du lupus érythémateux, soient *positives* chez les porteurs de cette affection et *négatives* chez les porteurs de lésions bacillaires.

A l'argument thérapeutique des résultats des injections d'antiléprol dans les sarcoïdes, il faut ajouter les résultats favorables que nous avons obtenus en traitant les patients affectés *de lupus érythémateux avec des antigènes et tuberculines, préparés avec des cultures des tuberculoïdes isolés de ces processus* (V. Congrès National de Médecine).

Toute l'argumentation citée, tirée de l'observation, de la clinique, de l'histopathologie, de la microbiologie et de la thérapeutique, nous autorise à émettre l'hypothèse de l'existence d'une *néo-scrofule*, différente de la scrofule de nos ancêtres, et qui obéirait à l'action pathogène des germes *alcool acido-résistants tuberculoïdes*, différents du bacille de Koch.

Nous avons isolé personnellement par des cultures dans les milieux de Petragnani et Lœwenstein, 9 souches de bacilles tuberculoïdes.

Une provenait d'une ulcération chronique de la cuisse, cliniquement et histologiquement tuberculoïde. En plein tissu de ce processus, dans l'intérieur des macrophages s'observent des granulations coquiformes alcool acido-résistantes. L'ulcération fut guérie avec 20 injections d'un vaccin préparé avec le bacille isolé.

Nous sommes convaincus que la plus grande partie des observa-

teurs eussent catalogué le bacille isolé comme un bacille de Koch. Cependant il n'en est pas ainsi, puisque par ses *caractères et surtout par le type de lésions qu'il produit chez les animaux, ce n'est pas un bacille de Koch.*

Les bacilles tuberculoïdes que nous avons isolés de cette lésion et de celles que nous citerons dans la suite, ressemblent par leurs caractères au bacille de Koch. Cependant les faits habituels dans ces colonies sont : *la coloration rouge brique, une plus grande rapidité de développement, développement dans des milieux où le bacille de Koch ne se développe pas, la production de lésions tuberculoïdes non folliculaires,* sauf dans des cas rares, *la non-production de lésions extensives, et la non-réinoculabilité en série* (loi de Hippolyte Martin).

Comme nous l'avons dit, ces bacilles ont été mal étudiés, et nous croyons que dans la plus grande partie des cas où ils ont été isolés, *on les a pris pour des bacilles de Koch à cause d'une étude incomplète.*

Ces bacilles, colorés par la méthode de Philibert, Frænkel, etc., conservent leur alcool acido-résistance à travers tous les innombrables passages dans les milieux de culture.

Nous jugeons que l'unique façon de faire la discrimination entre les bacilles *tuberculoïdes* et les bacilles *tuberculeux*, est de faire une étude poussée, morphologique, culturale et biologique du germe isolé, chose qu'en réalité on ne fait pas dans la pratique.

Nous n'ignorons pas que beaucoup d'auteurs croient que ces bacilles sont des *formes spéciales du bacille de Koch*, et que quelques-uns disent avoir obtenu par des procédés divers des mutations de la forme bacille de Koch en forme tuberculoïde et *vice versa.* Nous croyons que ces faits n'ont qu'une importance tout à fait théorique.

Pour classer nos bacilles dans le groupe des *tuberculoïdes ou paratuberculeux*, nous avons suivi les règles conseillées par Calmette, et c'est d'accord avec elles nous avons fait la classification.

La vérité est que, pratiquement, nous n'attribuons pas la même signification tant au point de vue du diagnostic, du pronostic et de la thérapeutique, au fait d'isoler d'une lésion un bacille de Koch ou un autre avec les caractères d'un tuberculoïde.

Le second bacille isolé par nous provenait d'une ulcération chro-

nique de la région préauriculaire, à structure de granulome non spécifique.

Selon notre conception théorique cette lésion ulcéreuse, comme celle de la cuisse citée plus haut, serait une lésion néoscrofuleuse.

Le lupus érythémateux serait aussi une manifestation de cette nouvelle scrofule pour les raisons que nous avons alléguées dans le cours de notre description.

Le *lupus pernio*, les sarcoïdes et les lupoïdes (selon l'école allemande) le seraient aussi ; nous nous appuyons sur le même raisonnement.

Le huitième bacille isolé le fut d'un ganglion d'un cas de maladie de Hodking. Nous savons tous combien semblables sont les conclusions des auteurs qui s'occupent d'approfondir l'étio-pathogénie de ce processus et celles des auteurs qui ont étudié la maladie de Bœck-Besnier, et aussi les analogies existant entre les deux processus au point de vue histopathologique.

Le neuvième et dernier bacille de ce vaste groupe nous l'avons isolé d'un cas de lichen plan de Wilson. On doit se rappeler ici les arguments présentés par Milian avec l'éloquence qui le caractérise, en faveur de l'étiologie *tuberculeuse* du lichen plan.

Pour finir, nous dirons que les arguments que nous avons exposés pour appuyer notre théorie de la *néo-scrofule* c'est-à-dire d'un ensemble de processus d'étiologie probable *paratuberculeuse*, provoqués par des bacilles tuberculoïdes, n'ont séparément aucune valeur absolue. Tous réunis constituent une forte présomption en faveur de la thèse soutenue par nous.

Notre hypothèse a, comme toutes les hypothèses bien fondées, *la valeur d'expliquer, sans violence, certains faits de pathologie encore obscurs*, et surtout d'orienter le chercheur dans une voie déterminée et définie dans le cours de ses investigations.

Le présent travail aurait sa pleine justification si on arrivait par le chemin tracé par nous à des conclusions de caractère plus définitif.

Nous devons prévenir que les multiples tentatives pour isoler des bacilles tuberculoïdes de morceaux de peau normale, du psoriasis, du mucus nasal, du cérumen, du smegma et de l'urine ont été infructueuses et comme contre-épreuve, toutes les fois que nous avons semé des tissus de lésions tuberculeuses cliniques et histolo-

giquement vérifiées, le bacille de Koch s'est développé et nous avons toujours obtenu la tuberculisation franche des cobayes.

Bibliographie

Gougerot, Burnier et Eliascheff. — Lupus eritematosus tumidus. *Bull. Soc. Fr. Derm. Syph.*, séance du 15 janvier 1931.

Gougerot et Burnier — *Loc. cit.*, séance du 12 février 1931.

Sabouraud — Sur une forme particulière de L. E du cuir chevelu. *Ann. de Derm. et Syphil.*, 1930, p. 360.

Milian (G.) et Périn (L.). — L. E à forme végétante. *Bull. Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, 12 juillet 1928, p. 528.

Seminario y Pessano. — Cuatro casos clínicos de lupus eritematoso exantemático. *La Semana Medica*, 1930, nº 36.

Seminario y Pessano. — Consideraciones sobre un caso de lupus eritematoso exantemático. *La Semana Médica*, año 1928.

Pessano (J.). — Consideraciones clínicas y terapéuticas sobre lupus eritematoso. Relato a las jornadas Dermatosifilográficas de Buenos Aires. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, tomo **16**, año 1932.

Pessano (J.) y Negri (T.). — Estudio experimental sobre lupus eritematoso. *Loc. cit.*, tomo **17**, año 1933.

Mosto, Pessano y Negri. – La linfogranulomatosis benigna en el lupus eritematoso. *Ve Congreso Nacional de Medicina*, Rosario.

Pessano y Negri. — Estudio de los bacilos alcohol ácido resistentes aislados de lesiones cutáneas y diversas secreciones. *Loc. cit.*.

Pessano y Negri. — Contribución al estudio etiológico del lupus eritematoso. *Rev. Arg. de Derm.*, sesión del 22 de marzo de 1933.

Pessano y Negri. — Contribución al estudio del lupus eritematoso (Segunda comunicación). *Loc. cit.*, mayo de 1933.

Pessano y Negri. — Obtención de un bacilo paratuberculoso por siembras de liquen plano de Wilson en medio de Petragnani. *Loc. cit.*, octubre de 1933.

Balina y Gandia. — Siete casos de L. E. tratados por inyecciones endovenosas de cianuro doble de K. y Au. *La Prensa Médica*, septiembre de 1926.

Milian (G.). — La dyspnée du cyanure de mercure, dyspnée cyanhydrique. *Ann. de Derm.*, nº 7, juillet 1928, p. 608.

Lortat Jacob et Legrain. — L. E. du visage chez une hérédo-syphilitique. Guérison par le bismuth. *Bull. Soc. Fr. Derm. Syph.*, Soc. de París, 1927, p. 382.

Sézary et Benoist. — Action remarquable du traitement bismuthique dans deux cas de L. E *Bull. Soc. Fr. Derm. Syph.*, Soc de París, 1927, p. 382.

Watrin (M. J.). — Le traitement du L. E. par les arsénobenzènes. *Bull. Soc. Fr. Derm. Syph.*, Soc de Nancy, 1927, p. 698.

Schaumann et Heen. — Sur la réaction de Bordet-Wassermann dans le L. E. pratiquée au moyen de sérum à fortes doses. *Bull. Soc. Fr. Derm. Syph.*, 1927, p. 867.

Pinard, Vernier et Mlle Versini. — Résultat du traitement du L. E. par les sels d'or (Triphal). *Bull. Soc. Fr. Derm. Syph.*, Soc. de París, p. 443.

Pautrier et Lévy. — Résultat du traitement de L. par les sels d'or. *Op. cit.*, 1928, Soc. de Strasbourg, p. 558.
Sézary. — Sur le traitement de L. E. *Loc. cit.*, 1928, Soc. de París, p. 187.
Hudelo et Rabut. — L. E. guéri par une médication antibacillaire (géodyl). Récidive. Guérison par une médication antisyphilitique (acétylarsan). *Loc. cit.*, Soc. de París, 1928, p. 915.
Sainz de Aja. — Bismuto y L. E. *Actas dermatosifilográficas*, febrero de 1929, p. 312.
Milian (G.). — Le biotropisme, París, 1929, Baillière et fils, Editeurs.
Carrera, Luis (Jose). — El problema etiológico del L. E. *A. de D. y S.*, sesión del 15 de junio de 1932.
Gougerot, Burnier y Ragu. — Inoculation positive au cobaye d'un L. E. tumidus; rétroculture d'une souche humaine. *Bull. Soc. Fr. Derm. et Syphil.*, Soc. de Paris, 14 avril 1932, p. 511.
Breda (A.). — Intorno alla natura ed curabilita del L. E. *Disc. Atti del Reale Inst. veneto di Scienze*, Lettre ed Arti, 27 abril 1932, p. 543.
Audry (Ch.). — Action de la lumière sur une localisation du L.E. (Triángulo del escote). *Bull. Soc. Fr. Derm. et Syphil.*, 1929, p. 607.
Hallopeau. — Sur l'évolution d'un L. E. à foyers multiples. *Ann. Derm. Syph.*, 2 novembre 1891, p. 859.
Calmette (A.). — L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux, 1928, Masson et Cie, Paris.
Philibert (A.). — Les pseudo-bacilles acido-résistants. *Thèse de París*, 1908.
Laabs. — Los bacilos de la tuberculosis en la manteca y en el hombre. *Thèse de Fribourg*, 1888.
Lutssgarten. — Die Syphilis bacillen. *Wien. med. Woch.*, nº 47, 1884.
Alvarez et Tavel. — Recherches sur le bacille de Lutssgarten. *Arch. de Physiol. normale et pathol*, 1885.
Neufeld. — Beitrag zur Kenntniss der smegma Bacillen. *Arch. f. Hyg.*, Bd. nº 39, 1901.
Frækel. — Ueber die Färbung der Kochschen bacillen. *Berl. klin. Woch.*, 1884.
Frækel. — Einige Bemer Kungen über das Vorkommen von smegma bacillien in sputum. *Berl. klin. Woch.*, oct. 1898.
Frækel. — Sur Kenntniss der smegma bacillen. *Zentral. für Bakt.*, Bd., 1901.
Vasiliu (T.). — Conception étiologique et pathogénique de la lymphogranulomatose tirée de l'étude expérimentale. *Annales d'Anatomie pathologique.* 2 octobre 1931.
Faure-Beaulieu et Mlle Brun. — Nouvelle contribut. à l'étude expérim. de la lymphogran. maligne. *Ibidem.*
Besançon, Weismann-Netter, Oumansky et Delarue. — Lymphogranul. et tuberc. Etude expériment. *Ibidem.*
Bezançon, Weismann-Netter, Oumansky et Delarue. — Contribut. à l'étude expériment. de la lymphogranulom. *Ibidem.*
Cornil et Olmer. — Contrib. à l'étude expériment. de la lymphogranulom. *Ibidem.*
Gay Prieto. — La linfogranulomatosis subaguda benigna, 1933. Edit. Javier Morata. Madrid.

BORY (Louis). — Lymphogranulomatose bénigne (Type jorg. Schaumann. Néo-scrokule). Séance, 21 jun. 1934, p. 947.

DARIER (J.). — Considération sur la nature des sarcoïdes. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, séance du 13 mai 1934, p. 999.

PAUTRIER (L. M.). — Comment doit se poser la question des sarcoïdes. *Loc. cit.*, p. 1002.

NICOLAS (J.) et GATÉ (J.) (Lyon). — A propos des sarcoïdes. *Loc. cit.*, p. 1011.

GOUGEROT (H.). — Sarcoïdes : Syndrome et adjectif. Multiplicité des causes ; fréquence de la tuberculose. *Loc. cit.*, p. 1017.

HALKIN (H.). — Quelques cas de sarcoïdes. *Loc. cit.*, p. 1021.

PAUTRIER (L. M.). — La lupoïde miliaire des auteurs français doit être détachée du groupe des sarcoïdes dermiques et rattachée franchement à la tuberculose cutanée *Loc. cit.*, p. 1027.

PAUTRIER (L. M.). — Cinq cas de maladie de Besnier-Bœck lymphogranulomatose bénigne de Jorgen-Schaumann (Sarcoïdes dermiques disséminées, à gros nodule avec lésions ganglionnaires et pulmonaires). *Loc. cit.*, p. 1054.

KISSMEYER (A.). — Contribution à l'étude clinique des sarcoïdes. *Loc. cit.*, p. 1102.

HUDELO (Lucien) et RABUT (Robert). — Le sarco-lupus pernio. *Loc. cit.*, p. 1109.

BEINTEMA (K.). — Quelques observations concernant les sarcoïdes de Bœck. *Loc. cit.*, p. 1112.

RAMEL (E.). — Syndrome de Besnier-Bœck à nodules miliaires, associés à une anétodermie maculeuse. Inoculation positive des lésions cutanées et du sédiment urinaire au cobaye. *Loc. cit.*, p. 112.

RAMEL (E.). — Association d'angio-lupoïdes et de sarcoïdes dermiques du type Bœck. Coxite bilatérale chronique, déformante de caractère particulier. *Loc. cit.*, p. 1134.

SVEND LOMHOLT. — Sur des lésions muqueuses dans les sarcoïdes. *Loc. cit.*, p. 1142.

CHEVALLIER (Paul) et FIEHRER (A.). — La polydactylite pseudokystique pure (ou polyostéite nodulaire pseudokystique primitive des extrémités). Ses rapports avec le syndrome identique secondaire à des sarcoïdes. Contribution à l'étude de la polyostéite pseudokystique (*Ostitis tuberculosa multiplex cystoïdes*; maladie de Perthes-Jungling). *Loc. cit.*, p. 1144.

NIELSEN (Jens). — Recherches radiologiques sur les lésions des os et des poumons dans les sarcoïdes de Bœck. *Loc. cit.*, p. 1187.

SVEND LOMHOLT. — Douze cas de sarcoïdes de Bœck traités à l'antiléprol. *Loc. cit.*, p. 1354.

BERTACCINI. — Observation sur un cas douteux ; érythème induré ou sarcoïdes hypodermiques. *Loc. cit.*, p. 1362.

BEINTEMA (K.). — Classification des sarcoïdes hypodermiques. *Loc. cit.*, p. 1367.

GOUGEROT (H.). — Sarcoïdes par corps étrangers. *Loc. cit.*, p. 1370.

WEISSENBACH (R. J.) et MARTINEAU (J.). — Nodosités hypodermiques chroniques extensives chez un tuberculeux. Etude histologique. Rapports avec les sarcoïdes hypodermiques de Darier-Roussy. Tuberculides nodulaires hypodermiques fibreuses. *Loc. cit.*, p. 1379.

JOLTRAIN (M.). — Sarcoïdes sous-cutanées consécutives à injection huileuse. *Loc. cit.*, p. 1384.

NÆGELI (M.). — Sur les altérations osseuses dans la maladie de Besnier-Bœck. *Loc. cit.*, p. 1218.

CHEVALIER (Paul) et ELY (Z.). — Les formules sanguines du *lupus pernio* de l'érythème induré de Bazin et des sarcoïdes. *Loc. cit.*, p. 1228.

PAUTRIER (L. M.). — Cas extraordinaire de sarcoïdes dermiques noueuses disséminées du cuir chevelu, de la face, de tout le tronc, à évolution rapide, s'accompagnant d'adénopathies généralisées, de lésions pulmonaires, osseuses, d'hypertrophie de la rate et du foie. Mort en moins de deux ans. Nouveau type possible de réticulo-endothéliose. *Loc. cit.*, p. 1233.

PAUTRIER (L. M.). — Cas extraordinaire d'érythème annulaire centrifuge à histologie de sarcoïde dermique, chez un malade faisant ultérieurement une tumeur du médiastin, avec adénopathies généralisées. *Loc. cit.*, p 1252.

OBERLING (Ch). — A propos des réticuloses. *Loc. cit.*, p. 1267.

BERTIN (M. E.). — Etiologie et pathogénie du granulome annulaire. *Loc. cit.*, p. 1273.

PIÉRARD (J). — Le granulome annulaire doit-il être rangé parmi les sarcoïdes de Bœck ? *Loc. cit.*, p. 1275.

KISSMEYER (A.). — Contribution à l'étude anatomo-pathologique des sarcoïdes. *Loc. cit.*, p. 1278.

PAUTRIER (L. M.). — Léprome à histologie de sarcoïde dermique. *Loc. cit.*, p. 1284.

DUPONT (Adolphe). — Leishmaniose cutanée à structure histologique de sarcoïde de Bœck. *Loc. cit.*, p. 1291.

SCHAUMANN (Jorgen). — Observations cliniques bactériologiques et sérologiques pour servir à l'étiologie de la lymphogranulomatose bénigne. *Loc. cit.*, p. 1296.

SCHAUMANN (Jorgen). — Sur quelques dermatoses non attribuables à la lymphogranulomatose bénigne. *Loc. cit.*, p. 1322.

KISSMEYER (A.). — Sur l'étiologie des sarcoïdes, maladie spécifique générale. *Loc. cit* , p. 1327.

RAMEL (E.). — D'un *lupus pernio* (type Schaumann), probablement déterminé par un bacille tuberculeux de type bovin *Loc. cit.*, p. 1332.

JADASSOHN (Werner). — L'origine tuberculeuse de la maladie de Bœck. *Loc. cit.*, p. 1344.

CARRERA (José Luis). — Nueva contribución al estudio de la etiopatogenia del lupus eritematoso. *El Hospital Español,* año 4, nº 9.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en mars 1935.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

Recherches expérimentales sur l'infectiosité spécifique des ganglions de l'aine chez les paralytiques généraux avant et après des tentatives d'activation ou de surinfection, par A. Bessemans, J. Van Hee et Van Haelst. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **54**, n° 3, mars 1935, p. 282.

Les inoculations, non seulement au lapin mais encore au cobaye et à la souris n'ont pas permis aux auteurs de démontrer l'infectiosité spécifique des ganglions inguinaux de 8 paralytiques généraux. Diverses inoculations cutanées, provoquées en vue d'une activation ganglionnaire chez les mêmes malades, les ont toujours conduits à des échecs. Se plaçant dans les mêmes et dans d'autres conditions expérimentales que Prigge et Rutkowski, en essayant de surinfecter des paralytiques généraux (5) par scarification cutanée, au moyen soit d'une souche syphilitique entretenue sur lapin (3), soit d'une souche tréponémique fraîchement prélevée dans leur propre encéphale (1 cas) ou dans celui d'un autre (1 cas), il ne survient aucune manifestation spécifique ni à l'endroit de la tentative de surcontamination, ni ailleurs. Il leur a été impossible de confirmer l'unique observation des deux auteurs précités, suivant laquelle le virus de l'essai de surinfection pourrait, malgré l'absence d'action chancrigène, envahir et rendre virulents les ganglions satellites de la zone inoculée. H. Rabeau.

Annales de l'Institut Prophylactique (Paris).

L'équilibre protéique du sérum sanguin dans la syphilis, par G. Lefrou et P. Bonnet. *Annales de l'Institut Prophylactique*, t. **7**, n° 1, premier trimestre 1935, p. 22.

Les premières recherches montrent que les chutes de l'indice de Vernes ne correspondent pas fatalement à une amélioration de l'équilibre protéique. Le mécanisme de cette réaction doit être recherché ailleurs que dans un simple trouble de l'équilibre protéique.

H. Rabeau.

Le traitement par la quinine de la syphilis rebelle et en particulier de la kératite parenchymateuse, par J. Scherschewsky. *Annales de l'Institut Prophylactique,* t. 7, n° 1, premier trimestre 1935, p. 29.

Les auteurs ayant observé qu'en donnant à des lapins syphilitiques une dose quotidienne d'environ 17 centigrammes de quinine par kilogramme, ils obtenaient la guérison de leur kératite parenchymateuse en 2 à 3 jours, ont appliqué le même traitement à des jeunes filles atteintes de kératite. L'amélioration fut considérable en quelques jours.

H. Rabeau.

Le problème de la lèpre dans les Etablissements français de l'Océanie, par L. Rollin. *Annales de l'Institut prophylactique,* t. 7, n° 1, premier trimestre 1935, p. 63.

R. donne l'état actuel des divers lazarets (mais il reste beaucoup à faire, par la propagande, par l'enseignement à l'école), montrant que la lèpre est une maladie que l'on peut guérir si on confie le traitement à un médecin. Il faudrait en outre diviser les malades suivant l'état de leur maladie en catégories : la léproserie pour ceux qui sont incapables de subvenir à leurs besoins ou aigus récalcitrants ; l'usage de la sénégration libre, l'isolement à domicile sous surveillance médicale, l'obligation à une surveillance médicale périodique pour les suspects.

H. Rabeau.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Etude de la valeur comparative des réactions de floculation dans la syphilis, par A. Vernes. *Annales des Maladies Vénériennes,* année 30, n° 3, mars 1935, p. 161, 19 fig.

Rapport présenté à la Société française de sérologie et de syphilis expérimentale du 8 novembre 1934. V. montre les étapes suivies dans ses belles recherchres, les différences qui existent entre la floculation normale et la floculation syphilitique, le travail d'adaptation du sérologiste qui ne pouvait se poursuivre que dans une collaboration constante avec le clinicien. H. Rabeau.

Erythrodermie arsenicale, accidents secondaires et sérologie négative, par A. Fournier. *Annales des Maladies Vénériennes,* année 30, n° 3, mars 1935, p. 200.

Observation d'un malade traité en période présérologique par l'arsenic, qui provoqua une érythrodermie exfoliatrice. Cette érythrodermie n'a pu prévenir les accidents secondaires, qu'elle masqua seulement et dont on constata ensuite les traces par des macules pigmentaires résiduelles. Les réactions sérologiques sont demeurées muettes.

H. Rabeau.

Littérature étrangère concernant l'arséno-résistance, par P. Durel. *Annales des Maladies Vénériennes*, année **30**, n° 3, mars 1935, pp. 203-228.

Dans l'espoir d'éviter à d'autres des recherches toujours longues, D. donne une liste des principaux travaux étrangers consacrés à l'arséno-résistance. H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Les variations de la leucocytose et de l'albuminose du liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux selon le niveau du prélèvement, par A. Sézary et A. Barbé. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, série 3, année **51**, n° 9, 13 mars 1935, p. 401.

L'introduction de la ponction sous-occipitale dans la pratique courante a permis d'étudier la question des variations du taux de l'albumine et de la leucocytose du liquide céphalo-rachidien suivant le niveau du prélèvemenut. De leurs recherches dont ils donnent le détail, les auteurs concluent que chez les paralytiques généraux et il n'y a pas de rapport constant entre les chiffres des leucocytes et ceux de l'albumine trouvés aux régions sous-occipitales et lombaires. Les chiffres varient sans règle fixe. Cette diversité peut s'expliquer par l'existence de foyers de méningite circonscrite, d'où essaiment, sous l'action aspirante de la ponction, des leucocytes et où se forme ou transsude de l'albumine. C'est la variété de la situation de ces foyers ou de leur activité évolutive qui explique la variabilité des résultats. H. Rabeau.

Un cas d'érythème noueux avec primo-infection tuberculeuse bénigne chez l'adulte, par P. Jacquet, S. Thieffrey et A. Han. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, série 3, année **51**, n° 9, 18 mars 1935, p. 420, 3 fig.

Cas de primo-infection tuberculeuse chez une femme de 28 ans, survenu avec accompagnement de conjonctivite phlycténulaire et d'érythème noueux. L'érythème noueux a fait son apparition entre le 32e et le 42e jour de la date présumée de la contamination alors que les réactions à la tuberculine étaient négatives et la radiologie encore muette. Peu de temps après la contamination étaient apparues les manifestations arthralgiques et rhumatoïdes prémonitrices de l'érythème. Les réactions tuberculiniques ont été trouvées positives trois mois après la contamination. H. Rabeau.

Septicémie staphylococcique à forme de gangrène cutanée diffuse des extrémités, par F. Rathery, M. Derot et M. Coute. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, série 3, année **51**, n° 9, 18 mars 1935, p. 437.

Septicémie staphylococcique suraiguë survenue chez un malade porteur d'une lésion mitrale ancienne à la suite de minime excoriation du pied. La mort survint au bout de dix jours avec des lésions gan-

gréneuses des extrémités et thyroïdite. Le staphylocoque doré fut retrouvé dans le sang et dans les urines. Les lésions cutanées apparues 4 jours après le début de la maladie au pied droit, se développèrent avec une rapidité extrême. D'abord, petites taches escarrotiques, puis plaques sphacéliques recouvertes de bulles contenant un liquide sanieux dans lequel on retrouvait le staphylocoque doré. A l'autopsie : embolies septiques dans la grande circulation, abcès miliaires du rein, abcès et infection du foie, thyroïdite évoluant vers la suppuration, végétations récentes sur la valvule mitrale. H. Rabeau.

Vertiges et accidents épileptiformes provoqués par l'usage régulier d'une lotion soufrée, par Ch. Pagniez. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* série 3, année **51**, n° 9, 18 mars 1935, p. 444.

Jeune homme de 25 ans ayant eu plusieurs années auparavant, à la suite de traumatisme, quelques très rares crises comitiales antérieurement à tout traitement par lotions polysulfurées. La lotion polysulfurée fut chez cet épileptique en puissance, l'apport toxique capable de déclencher des crises ou des manifestations de petit mal. Les crises cessèrent après la suppression de cette lotion. Cette observation montre combien, en cas d'accidents comitiaux, l'enquête doit être minutieuse.
H. Rabeau.

Scorbut de l'adulte, par A. Sézary et R. Joseph. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* série 3, année **51**, n° 9, 18 mars 1935, p. 448.

Intéressante observation d'un scorbut de l'adulte dans lequel le tableau clinique se trouve réalisé au complet : asthénie, anémie, amaigrissement, gingivite hyperplasique, purpura avec hémorragie. La malade, débile mentale, s'était obstinée à se soumettre à un régime dépourvu d'aliments frais. L'examen histologique d'une partie exubérante de la gencive inférieure montre une inflammation chronique à plasmocytes, avec quelques rares foyers de polynucléaires, et une vaso-dilatation et néoformation capillaires, sans fausses membranes, sans microbes apparents. H. Rabeau.

Syndrome hémi-parkinsonien syphilitique, amélioré par le traitement spécifique, par G. Basch et P. Seidmann. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* série 3, année **51**, n° 10, 25 mars 1935. p. 486.

Malade atteint d'un syndrome parkinsonien localisé à droite depuis plusieurs années. L'examen met en évidence le signe d'Argyll-Robertson. Le malade avoue avoir contracté la syphilis à l'âge de 20 ans, il ne s'est pas soigné. L'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien sont fortement positifs. Le traitement arséno-iodo-bismuthique améliore notablement les signes de la série parkinsonienne : raideur et tremblement. H. Rabeau.

Journal de Médecine de Paris.

A propos d'une nouvelle méthode de traitement de la syphilis, par T. Blanc (Bucarest). *Journal de Médecine de Paris*, année **55**, nº 10, 7 mars 1935, p. 210.

B. fait en une seule séance trois injections intramusculaires, l'une d'un sel de bismuth, l'autre d'une solution d'arsenic soluble combiné avec le salicylate de mercure, la troisième est celle d'un vaccin pyrétogène permettant d'atteindre 39° à 40° ; entre chaque nouvelle triple injection, il intercale une piqûre intramusculaire de solu-salvarsan à dose croissante, au total 8 à 9 injections. Les résultats sur 40 malades aux divers stades de la syphilis sont supérieurs aux autres modes de traitement. H. Rabeau.

La Presse Médicale (Paris).

Métastase strepto-bacillaire profonde dans un cas de chancre mou phagédénique, par Banciu, Maisler et Popesco. *La Presse Médicale*, année **43**, nº 20, 9 mars 1935, p. 399, 2 fig.

Malade présentant un chancre mou phagédénique génital avec phimosis, perforation du prépuce, qui fait dix à douze jours après le début de sa maladie une localisation de streptobacilles dans les masses musculaires de sa jambe droite : douleurs, empâtement, puis suppuration. Les recherches bactériologiques, la forme et l'évolution de la lésion montrent bien qu'il s'agit d'une métastase profonde à distance. L'intradermo-réaction d'Ito est négative, ainsi que la réaction de fixation du complément par les streptobacilles.

H. Rabeau.

L'examen du liquide céphalo-rachidien et le diagnostic de la syphilis nerveuse, par A. Sézary. *La Presse Médicale*, année **43**, nº 23, 20 mars 1935, p. 459.

Dans cette note de médecine pratique, S. montre toute l'importance de l'examen du liquide céphalo-rachidien, examen qu'il faut cependant savoir interpréter. Il met en garde contre deux erreurs possibles. Dans le premier cas, l'examen du liquide céphalo-rachidien donne un résultat négatif et le diagnostic de syphilis nerveuse qui, cependant, est légitime, peut être rejeté de ce fait. Cette éventualité peut se produire exceptionnellement dans la paralysie générale, mais rarement dans le tabès. S. montre les conditions dans lesquelles surviennent ces exceptions. Le second cas est celui de sujets sûrement non syphilitiques chez lesquels des tumeurs centrales ou médullaires peuvent donner lieu aux mêmes anomalies du liquide céphalo-rachidien que celles de la neuro-syphilis.

H. Rabeau.

Névraxite expérimentale du lapin par inoculation intra-cérébrale du virus de la lympho-granulomatose des ganglions inguinaux (maladie de Nicolas-Favre), par A. Phylactos. *La Presse Médicale*, année **43**, n° 25, 27 mars 1935, p. 493.

Le virus de la maladie de Nicolas-Favre se transmet par passages en série au névraxe du lapin, provoquant une névraxite caractérisée par des signes cliniques, biologiques et histologiques. Cette névraxite reste souvent latente, puis peut se transformer en une infection cliniquement apparente, soit spontanément, soit par passages en série. L'antigène préparé d'une émulsion cérébrale de lapin ainsi infecté donne une réaction de Frei constamment positive chez les sujets atteints de maladie de Nicolas-Favre. H. Rabeau.

Revue de Stomatologie (Paris).

Kyste épidermique traumatique de la lèvre inférieure, par Rochette. *Revue de Stomatologie*, année **7**, n° 2, février 1935, 6 fig.

A la suite d'un choc violent reçu au niveau de la lèvre inférieure, apparition d'une petite tumeur que l'examen histologique montre être un kyste épidermique de la lèvre inférieure avec dégénérescence mucoïde de sa paroi. H. Rabeau.

La Loire Médicale.

Les signes biologiques précédant les signes cliniques de la syphilis nerveuse, par Ch. Laurent et Morand. *La Loire Médicale*, année **49**, n° 3, mars 1935, p. 55.

Les auteurs apportent le résultat de 210 ponctions lombaires pratiquées chez des syphilitiques correctement et longuement traités, ne présentant à l'examen clinique le plus minutieux aucun signe de syphilis nerveuse en évolution.

Sur ces 210 liquides, 16 présentaient un trouble biologique se décomposant ainsi (14 hommes, 2 femmes) : 4 réactions albumineuses isolées ; 3 réactions de Vernes isolées ; 1 réaction hyperalbumineuse et leucocytaire ; 4 réactions leucocytaires isolées ; 4 réactions complètes portant à la fois sur la réaction de Vernes, l'albumine et la leucocytose.

L. et M. concluent, d'après leur statistique, que les accidents secondaires ne mettent pas à l'abri des accidents nerveux ultérieurs ; que les traitements les plus précoces, commencés même avant l'apparition des troubles sérologiques, ne mettent pas davantage à l'abri de tels accidents.

Les auteurs ont l'habitude de pratiquer l'examen du liquide céphalo-rachidien, lorsqu'après un traitement de deux ans, le silence clinique et sérologique est absolu depuis une année.

Les troubles constatés peuvent céder par un traitement prolongé et intensif. Jean Lacassagne.

Journal de Médecine de Lyon.

Diététique et traitements actuels de l'eczéma du nourrisson, par M. Péhu et R. Aulagnier. *Journal de Médecine de Lyon,* n⁰ 364, 5 mars 1935, p. 139.

La conception suivant laquelle l'eczéma vrai, constitutionnel du nourrisson, doit être envisagé comme une maladie allergique, conduit à des applications dans le domaine de la diététique et de la thérapeutique.

En ce qui concerne l'alimentation, il est souvent démontré que le lait de vache ordinaire n'est pas le facteur directement responsable de la dermatose. Souvent, par l'écrémage du lait, on obtient une atténuation marquée ou une disparition de l'exanthème. Peu fréquents sont les cas où l'évolution clinique démontre catégoriquement que l'on doit supprimer totalement et pour un temps long, l'alimentation lactée. Cette éventualité se présente parfois. De toute façon, il est indispensable que l'on calcule avec une exactitude rigoureuse la ration alimentaire du nourrisson eczémateux. Celui-ci a un besoin urgent d'une alimentation équilibrée.

Étant donné que l'eczéma de la première enfance est l'expression cutanée d'une sursensibilité, la médication doit viser surtout à modifier le plus tôt possible le terrain. Dans cet esprit, les vaccins, surtout par voie sous-cutanée (entérocoques), peuvent rendre de grands services.

Jean Lacassagne.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Pyodermite isolée chancriforme de la face (Isolierte schankerähaliche Pyodermie der Gesichtshaut (Pyoderma chancriformis faciei)), par Erich Hoffmann. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* vol. 170, cah. 4, 1934, p. 403, 4 fig.

Description de quelques cas de pyodermites isolées chancriformes de la face et de la muqueuse buccale qui débutent par une pustulette et guérissent en 4 à 6 semaines. Leur aspect clinique ressemble à une lésion syphiloïde ou vacciniforme et il existe une adénopathie.

Olga Eliascheff.

Le chloroforme cinnamique, le sublimé et la teinture d'iode dans leur action sur les hyphomycètes (Zimtchloroform, Sublimat und Iodtinktur in ihrer Wirkung auf Hyphomyceten), par W. Aldick. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* vol. 170, cah. 4, 1934, p. 410, 3 fig.

Recherches sur l'arrêt et la diminution de croissance des cultures virulentes du *Trichophyton gypseum* par le chloroforme cynnamique,

le sublimé et la teinture d'iode. Tous ces produits diminuent ou arrêtent la croissance des hyphomycètes. OLGA ELIASCHEFF.

Statistique sur les manifestations secondaires dues au salvarsan (Statistische Angaben über Salvarsannebenerscheinungen), par W. BURCKHARDT et E. DIEM. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **170**, cah. 4, 1934, p. 435.

Statistique sur les manifestations secondaires dues au salvarsan chez les malades traités à la clinique de Zurich pendant les années 1930 à 1933. On utilisa les arsénobenzènes suivants : néosalvarsan, néomesarca néosilbersalvarsan, de temps à autre aussi le sulgomesarca et le syntharsan. Il n'exista pas une différence appréciable entre les lésions causées par ces médicaments. L'apparition de lésions est relativement rare pendant la première cure, mais le pourcentage des cas donnant des réactions devient de plus en plus élevé pendant les traitements suivants. Les femmes réagissent plus souvent que les hommes par un choc tardif, par des lésions articulaires et du purpura, mais présentent aussi des exanthèmes maculo-urticariens et des lésions eczématoïdes-lichénoïdes. C'est l'ictère qui est le plus fréquent chez l'homme. Il résulte de la statistique des auteurs que plus d'un tiers des malades présentent des symptômes polymorphes (lésions cutanées, lésions du système neuro-vasculaire, des articulations, du foie, de la moelle osseuse). Les nombreuses lésions secondaires, surtout celles de la peau, doivent être considérées comme de nature allergique, c'est-à-dire comme une hypersensibilité individuelle.

Les auteurs ne peuvent pas confirmer les résultats exprimés par quelques auteurs, de l'influence favorable des érythrodermies sur la syphilis. Dans un seul cas d'érythrodermie grave, les réactions sérologiques toujours positives avant l'éruption, sont devenues négatives après sa disparition. OLGA ELIASCHEFF.

Sur la présence des hyphomycètes comme saprophytes sur la peau cliniquement saine avec considérations spéciales du Mosaic fungi (Ueber saphophytaeres Vorkommen von Hyphomyceten auf klinischer gesunder Haut unter besonderer Berücksichtigung der Mosaic fungi), par Walther STUMPF. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **170**, cah. 4, 1934, p. 449, 2 fig.

D'après les recherches faites sur 50 sujets pendant les différentes saisons de l'année pour démontrer la présence d'hyphomycètes sur la peau saine, l'auteur n'a trouvé que des levures. Il a rencontré dans 97 o/o des cas le *Mosaic fungi*, qui n'est autre chose qu'une substance intercellulaire physiologique existant entre les doigts et les orteils et est un acide gras. Cette substance est soluble dans l'alcool, insoluble dans l'eau. A la suite de ces recherches, l'auteur conclut que l'on ne trouve pas les hyphomycètes comme saprophytes sur la peau des espaces interdigitaux. OLGA ELIASCHEFF.

Troubles de la fonction hépatique dans les maladies cutanées (suite des résultats obtenus par la surcharge gélatine-eau) (Leberfunktionsstoerungen bei Hautkrankheiten (Weitere Erfahrungen mit der Gelatine-Wasserbelastung)), par Hans Doellken. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **170**, cah. 4, 1934, p. 456.

La surcharge par la gélatine-eau a donné à l'auteur de bons résultats dans l'épreuve de la fonction hépatique ; il a pu démontrer dans presque 15 o/o des cas, examiné des troubles de cette fonction. D'après ses recherches, on ne constate pas de troubles de la fonction hépatique dans le psoriasis, et ils sont incertains dans l'eczéma et dans la syphilis. Au contraire, des troubles ont été constatés dans tous les cas de dermites exfoliantes et post-salvarsaniques, mais les troubles dus au salvarsan disparaissent après la guérison des érythrodermies.

Olga Eliascheff.

Sclérodermie et muqueuses (Sklerodermie und Schleimhaut), par Josef Sellei. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **170**, cah. 4, 1934, p. 464.

L'auteur ajoute à ses quatre observations publiées sur l'acrosclérose avec lésions des muqueuses un nouveau cas. Il sépare ces lésions de la vraie sclérodermie au point de vue clinique, biologique et thérapeutique.

Olga Eliascheff.

Le traitement par l'antiléprol dans le mycosis fongoïde (Antileprolbehandlung bei Mycosis fungoïdes), par Svend Lomholt. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **170**, cah. 4, 1934, p. 467, 4 fig.

L'auteur rapporte les bons résultats obtenus dans le mycosis fongoïde par les injections (intraveineuses et intramusculaires) d'antiléprol. On constate une diminution et même une cessation complète du prurit, l'infiltration des plaques érythémateuses régresse et ces dernières guérissent souvent complètement. Les grosses tumeurs sont moins influencées, mais diminuent aussi de volume. On obtient un résultat favorable après le premier traitement, mais aussi dans les récidives. L'auteur n'a obtenu aucune guérison complète, mais des améliorations prolongées. Il semble que l'antiléprol ait une influence spéciale sur les différentes formes de tissu de granulation de la peau, car il donne aussi des résultats favorables dans certaines formes de la tuberculose, dans la sarcoïde de Bœck, le granulome annulaire, etc.

Olga Eliascheff.

Sur une épidémie de microsporie en Silésie-Holstein et son traitement par le chloroforme cinnamique (Ueber eine Microsporieepidemie in Schleswig-Holstein und ihre Behandlung mit Zimtchloroform), par W. Aldick. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **170**, cah. 4, 1934, p. 473, 6 fig.

L'auteur a observé une épidémie de microsporie atypique dans 86 o/o des cas, du cuir chevelu chez 301 sujets. On constata dans 10 o/o des cas des lésions cutanées dont un cas sur le dos de la verge

et un cas de *lichen microsporicum*. Les injections intradermiques de 0,10 cgr. de trichophytine Hoechst donnèrent une forte lymphangite avec adénopathie. Les cas furent traités par le chloroforme cinnamique (acide cinnamique, 1,0 ; alcool absolu, 2,0 ; chloroforme ad 100,0) en badigeonnage 3 fois par jour pendant 3 semaines. Les sujets revus de 4 à 9 mois après présentèrent des récidives dans 6,3 o/o des cas.

Olga Eliascheff.

La flore mycosique du pied humain (Die Pilzflora des meschlichen Fusses), par Emanuel Weisz. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **170**, cah. 4, 1934, p. 485.

Recherches sur la flore mycosique des pieds humains, dans les maladies non mycosiques de la peau des pieds (eczéma et psoriasis) et sur la flore des pieds sains. L'auteur a constaté dans les mycoses le plus souvent le champignon de Kauffmann-Wolf (25 cas sur 76), les schizomycètes (19 cas), le scopulariopsis (13), l'épidermophyton de Sabouraud (5), le *Trichophyton violaceum* (4), *Achorion Schœnleini* (2), *Achorion Quinckeanum* (2), *Trichophyton equinum, nigrum*, cratériforme, *gypseum* et sulfureux. L'auteur à cultivé des champignons dans trente cas d'eczéma et dans cinq cas de psoriasis, mais il n'a pas constaté de champignons sur la peau saine des pieds.

Olga Eliascheff.

Contributions à l'étude des maladies cutanées produites par les colorants arsenicaux contenus dans la peinture des murs. IIe Communication : **Essais de démonstration histologique des composés de l'asrenic dans la peau** (Ueber Hauterkrankungen, verursacht durch arsenhaltige Wandfarben. IIe Mitteilung : Versuche zum histologischen Nachweis von Arsenverbindungen in der Haut), par M. Oppenheim et P. Fantl. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **170**, cah. 4, 1934, p. 488, 1 fig.

Recherches avec résultat positif sur la présence de l'arsenic dans les urines, les cheveux, les ongles et les squames de sujets atteints de dermites d'étiologie inconnue. Les derniers ressemblaient à celles produites par les arsénobenzènes. Les auteurs ont pu démontrer la présence de l'arsenic dans la peinture des murs des pièces habitées par ces sujets. A côté de ces recherches, ils ont étudié expérimentalement la rétention dans l'organisme des combinaisons arsenicales. Ils concluent : que les cheveux contiennent le plus d'arsenic après l'absorption soit par la bouche, soit par des injections sous-cutanées d'arsenic anorganique trivalent et de cacodylate de soude. Dans ces deux cas, la peau ne contient que des quantités insuffisantes. Mais, au contraire, c'est la peau qui contient le plus d'arsenic, si on traite les sujets par le myo- et le néosalvarsan. Le spirocid est si vite éliminé qu'il ne peut pas être question d'une rétention.

Olga Eliascheff.

Sur un cas de leucémie lymphatique avec lésions cutanées étendues (Ueber einen Fall von lymphatischer Leukæmie mit ausgedehnten Hauterscheinungen), par I. S. Popow. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **170**, cah. 4, 1934, p. 495, 2 fig.

Observation d'un cas de leucémie aleucémique avec des lésions cutanées très étendues. Olga Eliascheff.

Lupus érythémateux et carcinome (Lupus erythematosus und Carcinom), par Erich Uhlmann et Grethe Schambye. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **170**, cah. 4, 1934, p. 500, 3 fig.

D'après les expériences des auteurs et la bibliographie, on peut conclure que les épithéliomas sur lupus érythémateux ne sont pas très rares. Le traitement par les rayons de Röntgen ne favorise pas le développement de cancers sur le lupus érythémateux (R. d. T.).

Olga Eliascheff.

La production de la porphyrine par les champignons cutanés pathogènes (Die Porphyrinbildung durch pathogene Hautpilze), par C. Carrié et A. St. v. Mallinckrodt-Haupt. Avec une préface de H. Th. Schreus. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **170**, cah. 5, 1934, p. 521.

Recherches sur la production de la porphyrine par les champignons cutanés pathogènes dans le but d'éclaircir si la porphyrie aiguë ou héréditaire doit être considérée comme d'origine infectieuse. Les conclusions sont les suivantes : les champignons *cutanés*, l'achorion, le trichophyton, le microsporon et l'épidermophyton ne produisent pas du tout ou seulement des traces de porphyrine. Ce sont uniquement les champignons qui provoquent des lésions dans les couches profondes de la peau (formation de gommes) comme la sporotrichose, les levures et une partie des espèces tropicales, qui forment de la porphyrine en assez grande quantité. Olga Eliascheff.

Exanthèmes arsénobenzoliques fixes et stables imitant le pityriasis rosé de Gibert avec atrophie consécutive (Pityriasis rosea nachahmende, zu Atrophie führende, fixe und stabile Arzenobenzolexantheme), par Desiderius Steizer-Kazal. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **170**, cah. 5, 1934, p. 530.

Observation d'un cas d'exanthème dû à l'arsénobenzol et se présentant sous la forme d'un pityriasis rosé de Gibert suivi d'atrophie circonscrite et pigmentée. Olga Eliascheff.

Acanthosis nigricans benigna, par Robert Bernhardt. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **170**, cah. 5, 1934, p. 533, 3 fig.

Bibliographie et observations personnelles sur plusieurs cas d'*acanthosis nigricans* bénigne, c'est-à-dire sans tumeurs malignes. Dans plusieurs cas, les lésions occupèrent uniquement les aisselles et la progression fut très lente. L'auteur attire l'attention sur la fréquence de la présence de l'*acanthosis nigricans* à côté des autres anomalies de la kératinisation. Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude des modifications hémato-biochimiques du sang après l'introduction dans l'organisme du néosalvarsan (Zur Frage der hæmatologisch-biochemischen Veränderungen im Blut bei Neosalvarsan-Einführung), par J. R. Bachromgew et L. N. Pawlowa. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **170**, cah. 5, 1934, p. 543.

Recherches sur la toxicité du néosalvarsan introduit dans le sang. Les auteurs ont utilisé pour leurs expériences des vaches âgées de 4 à 8 ans, saines et qui se trouvaient dans la montagne à 2.500 mètres d'altitude. Les conclusions furent les suivantes. L'injection de doses maximales et sub-maximales de néosalvarsan produit des dépressions passagères très probablement d'origine toxique. Des injections répétées des mêmes quantités du médicament aux moments où les animaux doivent être considérés comme sensibilisés produit des états anaphylactoïdes et anaphylactiques. Olga Eliascheff.

L'influence thérapeutique des arsénobenzènes associés au cholalate de soude (Die therapeutische Wirkung der mit dehydrocholsaurem Natrium assozierten Arsenobenzole), par L. Jacchia et G. Truffi. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **170**, cah. 5, 1934, p. 550.

Les auteurs apportent les résultats d'expériences sur les animaux et des observations cliniques sur l'emploi des arsénobenzènes associés au « decholin » (préparation de cholalate de soude à 20 o/o) aux différents stades de la syphilis. Il semble, d'après leurs résultats, que la valeur thérapeutique des arsénobenzènes n'est pas diminuée par l'association avec le « decholin ». Cette association avec un sel bileux est mieux supportée par les sujets qui ne supportent pas bien les arsénobenzènes purs. Olga Eliascheff.

Modification des dents des hérédo-syphilitiques (Zahnränvederungen bei kongenital-syphilitischen Kranken), par Josef Guszman. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **170**, cah. 5, 1934, p. 572, 15 fig.

Description détaillée des lésions dentaires chez les hérédo-syphilitiques avec 15 photographies. L'auteur considère qu'il existe à l'origine de ces lésions des troubles de la nutrition générale et pour les dents d'Hutchinson des troubles de sécrétion interne. Olga Eliascheff.

Recherches sur le diagnostic différentiel des staphylocoques dans les différentes maladies staphylococciques de la peau (Untersuchungen über die Unterscheidung der Staphylokokken bei den verschiedenen. Staphylokokkenerkrankungen der Haut), par Stephan Epstein. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **170**, cah. 5, 1934, p. 586, 1 fig.

L'auteur a recherché la différence culturelle vis-à-vis du cristal violet des staphylocoques. Il les sépare en deux groupes : les uns désignés par l'auteur comme groupe I donnent, sur les milieux au cristal violet dans des proportions déterminées, des colonies minces de teinte bleu foncé. Les autres, du groupe II, donnent des cultures très riches de

teinte orangé ou d'un blanc porcelainé (avec la même concentration du cristal violet).

Les recherches sur des centaines de cultures de staphylocoques prélevés dans différentes lésions cutanées et sur la peau normale montrèrent que les staphylocoques prélevés dans des lésions profondes (furoncles, abcès, etc.) appartiennent tous au groupe I.

Dans les lésions staphylococciques superficielles (impétigo staphylococcique, etc.), on trouve des staphylocoques qui rentrent dans les deux groupes (groupe I, 60 o/o ; groupe II, 40 o/o).

OLGA ELIASCHEFF.

Expériences de transmission du lichen plan aux lapins par l'implantation dans la cornée (Ueber Uebertragungsversuche von Lichen ruber planus durch corneale Implantation auf Kaninchen), par Rudolf BEZECNY. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **170**, cah. 5, 1934, p. 615, 5 fig.

L'auteur a réussi à transmettre le lichen plan à six lapins en implantant des fragments de papules dans la cornée, papules prélevées sur quatre sujets atteints de lichen plan aigu. On constate des lésions cutanées sous forme d'un érythème urticarien avec alopécie. La transmission de la lésion de l'animal à l'animal fut positive dans un cas.

OLGA ELIASCHEFF.

Tuberculose cutanée expérimentale chez le lapin (Experimentelle Hauttuberkulose beim Kaninchen), par K. H. OSHERHAGE. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **170**, cah. 6, 1934, p. 623, 7 fig.

L'auteur apporte les résultats obtenus dans la tuberculose expérimentale chez le lapin. Ses conclusions sont les suivantes : l'introduction de bacilles de Koch vivants ou morts dans le derme ou dans l'hypoderme du lapin *tuberculeux* et aussi *non tuberculeux* produit toujours un foyer tuberculeux. L'aspect et la structure histologique de ce foyer dépendent de l'espèce et de la quantité du virus tuberculeux introduit dans l'organisme et aussi de l'endroit de son application et de la constitution chimique individuelle. En outre, la capacité de réaction de l'organisme atteint joue un rôle important.

L'organisme du lapin non tuberculeux et celui du lapin « de constitution tuberculeuse » (c'est-à-dire celui qui a déjà réagi à l'introduction de bacilles tuberculeux par des réactions biologiques) réagissent de façon différente. L'auteur explique cette différence de réaction par une modification des conditions de l'affinité spécifique entre les éléments tissulaires et l'agent tuberculeux. Ces modifications se produisent dans l'organisme tuberculeux sous l'influence « de substances réfractaires tuberculeuses ».

Si l'on compare les réactions tissulaires chez le lapin et le cobaye, il en résulte des différences appréciables : l'introduction de bacilles tuberculeux vivants dans l'organisme du *cobaye* produit presque toujours une tuberculose généralisée et l'animal succombe en quelques

mois, malgré la présence de grandes quantités d'antituberculines spécifiques dans l'organisme tuberculeux. Par contre, l'introduction de bacilles vivants dans le derme et l'hypoderme des lapins produit toujours un foyer nettement localisé qui guérit sans provoqure de tuberculose généralisée. Les bacilles tuberculeux sont détruits par les tuberculo-lysines contenues dans l'organisme tuberculeux.

OLGA ELIASCHEFF.

Amyloïdosis cutis circumscripta, par August MATRAS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **170**, cah. 6, 1934, p. 664, 4 fig.

Observations de deux cas d'une amyloïdose locale de la peau de la face sous forme d'une tumeur dure de teinte brunâtre transparente. L'histologie montra dans toutes les couches cutanées la présence de l'amyloïde. Dans un cas, la tumeur était sur une peau normale, dans l'autre cas sur une peau sénile. OLGA ELIASCHEFF.

Un cas remarquable de métastases cutanées d'un sarcome (Ein bemerkenswerter Fall von Hautmetastasen eines Sarkoms), par Otto SCHULZ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **170**, cah. 6, 1934, p. 676, 1 fig.

Description d'un cas de sarcome globo-cellulaire avec de très nombreuses métastases cutanées et dans les organes internes (cœur, pancréas, foie, poumon, rate, péritoine, plèvre). Le point de départ était un sarcome de l'ovaire. OLGA ELIASCHEFF.

Atrophie du foie et néosalvarsan (Leberatrophie und Neosalvarsan), par A. ALJAWDIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **170**, cah. 6, 1934-p. 678.

Observations de deux cas d'atrophie jaune aiguë du foie : un chez un homme de 23 ans (atteint de lésions syphilitiques tertiaires) après deux injections de 30 centigrammes de néosalvarsan ; dans l'autre cas, il s'agit d'un homme de 22 ans atteint d'une syphilis secondaire. Il avait très bien supporté une première série de 3 gr. 40 (préparation russe) et succomba après une deuxième série de 3 gr. 30 en 7 injections. On constata à l'autopsie, à côté de l'atrophie aiguë du foie, une encéphalite hémorragique. OLGA ELIASCHEFF.

Les lésions unguéales produites par des levures chez l'homme (Ueber durch niedere Pilze verursachte Nagelerkrankungen beim Menschen), par St. WOLFRAM et F. ZACH. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **170**, cah. 6, 1934, p. 681, 8 fig.

Les auteurs isolent, de quatre nouveaux cas d'onyxis, des levures nouvelles étudiées par Zach. Ce sont : *Blastodendrion procerum*, *Pseudomonilia deformans*. *Entorulopsis sub-globosa*, *Entorulopsis reniguttulata*, *Torulopsis aurantia*, *Torulopsis diffluens*, *Saccharomyces cerevisiæ*, variété *onchophilus* et un champignon voisin de l'*Oospora lactis*.

Ces organismes sont classés suivant le système proposé par Szilvinyi, qui est une modification de ceux de Janki (1924) et de Ciferri et Radaelli (1929). OLGA ELIASCHEFF.

Sur les conditions de résorption du bismuth et sa valeur dans le traitement per os de la syphilis (Ueber die Resorptionsbedingungen des Wismuts und ihre Auswertung für die perorale Luestherapie), par S. Serefis. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **171**, cah. 1, 1934, p. 1, 28 fig.

Travail très documenté avec de nombreuses observations cliniques et recherches expérimentales sur la valeur du traitement de la syphilis par l'ingestion de bismuth. Tandis que les préparations usuelles de Bi prises *per os* ne donnent aucun résultat dans le traitement de la syphilis (ni chez le lapin, ni chez l'homme) l'auteur a obtenu un bon résultat chez les lapins avec une solution chlorhydrique de Bi diluée avec de la glycérine. En ajoutant du citrate de soude à la solution chlorhydrique et glycérinée de bismuth, l'auteur a constaté la disparition de tréponèmes, la régression des lésions cutanées et une influence favorable sur les réactions sérologiques dans la syphilis humaine.

Olga Eliascheff.

La différenciation des Torulopsidacés parasitaires de l'homme d'après la microculture de Fortner (Die Differenzierung der parasitischen Toru, lopsidaceen des Menschen mittels der Mikrokultur nach Fortner), par J. M. Gomez et J. de Cisneros. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **171**, cah. 1, 1934, p. 99, 18 fig.

L'auteur trouve une dizaine de souches de levures dans des onychomycoses et des épidermomycoses. Il en étudie quelques-unes en microculture par la méthode de Fortner et les range dans les genres *Proteomyces, Torulopsis Mycotorula,* G. adopte la classification de Torulopsidacés de Ciferri. Olga Eliascheff.

Acné bromique provoquée (Acne bromata provocata), par Robert Bernhardt et Karl Potrzobowski. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **171**, cah. 1, 1934, p. 112.

Les auteurs ont réussi à provoquer chez une femme des lésions acnéiformes isomorphes par l'injection intradermique d'une solution de bromure de potassium à 1 et à 2 o/o (examen histologique des lésions). Le résultat obtenu semble indiquer qu'il s'agit, dans les éruptions dues au bromure d'une manifestation d'idiosyncrasie.

Olga Eliascheff.

Essais pour la provocation d'une sensibilisation artificielle à la tuberculine (Versuche zur Hervorrufung von künstlicher Tuberkulinempfindlichkeit) par Karl Sipos. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **171**, cah. 1, 1934, p. 115.

L'auteur a pu produire des réactions *positives* à la tuberculine chez les animaux *non tuberculeux* en injectant (par voie intradermique) le contenu fraîchement prélevé de bulles existant chez des sujets tuberculeux soignés par le Finsen. Il résulte de ces recherches que l'on peut sensibiliser artificiellement les animaux qui ne présentent aucune lésion tuberculeuse. Olga Eliascheff.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Contribution à l'étude de la sensibilité à la syphilis chez l'animal, en particulier chez diverses espèces de souris (Ein Beitrag zur Frage der Syphilisempfindlichkeit im Tierreich, ins besonderen verschiedener Mäusearten), par T. Jahnel et B. Scharrer. *Dermatologische Zeitschrift,* t. 71, f. 1-2, mars 1935, p. 1.

Les recherches des auteurs ont porté sur de nombreuses espèces de rongeurs. Ils y ont rencontré un certain nombre de sujets sensibles à l'inoculation, mais tous les rongeurs ne sont pas favorables au développement de la maladie. Ces constatations induisent à vérifier la sensibilité des diverses espèces et à vérifier si, chez ces animaux, l'inoculation intracérébrale réussit ou non. Il serait ainsi possible de découvrir parmi les animaux vivant à l'état sauvage, des sujets plus nombreux et plus aptes à l'étude de la pathologie et à la thérapeutique expérimentale de la syphilis que les animaux habituels de laboratoire.

L. Chatellier.

Une réaction de Wassermann peut-elle occasionnellement apparaître au cours d'une affection pulmonaire fébrile (Kommt eine positive Wassermann-Reaktion gelegentlich bei febrilen Lungenaffektionen vor. ?), par H. Boas et I. C. Neergaard. *Dermatologische Zeitschrift,* t. 71, f. 1-2, mars 1935, p. 6.

Avec la technique de l'Institut sérologique, les sérologies positives au cours des affections fébriles du poumon (sur 305 malades, 297 réactions de Wassermann négatives ; 8 positives dont 5 chez des syphilitiques acquis ou congénitaux) sont rares : 0,33 o/o. Ce pourcentage est néanmoins suffisant pour imposer une particulière prudence dans l'examen sérologique pratiqué au cours d'une maladie aiguë fébrile.

L. Chatellier.

Sur un singulier nævus adénoïde intraépidermique de distribution systématisée sur la cuisse droite (Ueber einen eigenartigen intraepidermoidalen adenoiden Nævus in systematischer Ausbreitung am rechten Bein), par M. Cruschtschow. *Dermatologische Zeitschrift,* t. 71, f. 1-2, mars 1935, p. 19, 2 fig.

Une femme de 31 ans a vu, il y a 4 ans, débuter la maladie par une petite verrue de la cuisse droite ; elle la détruit à l'acide azotique. Peu après, apparaissent de nouveaux éléments qui, en un an et demi environ, se multiplient sur la cuisse droite exclusivement. On en compte au moins 342, de taille variant d'une tête d'épingle à celle d'un grain d'orge, de consistance ferme et de couleur blanchâtre. Leur surface est légèrement grenue. Il existe de l'éléphantiasis de tout le membre inférieur. L'aspect clinique rappelle celui des hydradénomes éruptifs. Mais à l'examen histologique, l'on trouve : un nævus tantôt plan, tantôt légèrement papillomateux. Du revêtement épidermique

aminci partent des prolongements épithéliaux interpapillaires, qui entourent des territoires formés par des papilles énormes. Dans ces territoires, des complexes cellulaires composés de cellules irrégulières à protoplasma clair, à noyau vésiculeux bien coloré, qui rappellent les proliférations endothéliales des espaces lymphatiques. Pas de pigment. L'inclinaison des coupes donne souvent l'impression d'une formation intra-épidermique. C. se rangerait volontiers au diagnostic de E. Hoffmann qui, après examen des coupes, a reconnu là un nævus épithélial intra-épidermique, de caractère stéatadénoïde, correspondant cliniquement à ce que H. a décrit sous le nom de *N. syringadenomatosus papilliferus*, avec des différences histologiques évidentes.

L. Chatellier.

Nouvelles observations sur la méthode des cultures-miniatures des Champignons (Weitere Beobachtungen mit der Pilz-Miniature-Kultur methode), par H. Hruszek. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **71**, f. 1-2, mars 1935, p. 23, 3 fig.

Pour permettre l'observation macro- et microscopique des cultures, H. a préconisé l'ingénieux procédé que voici. Avec une pipette stérile divisée en 1/10e de centimètre cube, il dépose dans les logettes d'un porte-objet de Maximow (pour culture de tissu), préalablement stérilisé au Bunsen ou à l'autoclave, une petite quantité d'un milieu solide liquéfié auparavant à 100° (0,05, 0,1, 0,2, 0,4, celle-ci est la dose optima). La lame est ensuite déposée en boîte de Pétri dont le fond, recouvert de gaze stérile, peut être imbibé d'eau ou de sérum physiologique stérile pour réaliser, une fois le couvercle posé, une chambre humide, maintenue à la température qu'on voudra.

Sur ce milieu, H. a ensemencé diverses espèces : *trichophyton*, *microsporon*, *epidermophyton* et *achorion*. Les cultures ont été normales, d'observation facile ; leur développement proportionnel à la quantité de milieu.

L. Chatellier.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Contribution à l'étiologie de la dyshidrose mycosique (Beitrag zur Ætiologie der mykotischen Dysidrosis), par H. Hruszek. *Dermatologische Wochenchrift*, t. **100**, n° 9, 2 mars 1935, p. 253.

Dans un cas de dyshidrose typique localisée au pouce droit, H. a obtenu par la culture un *Achorion gypseum* (Bodin). L'origine vraisemblable de l'infection est un établissement de bains.

L. Chatellier.

Stigmates professionnels sous la forme d'une kératose folliculaire chez un lithographe (Berufskennzeichen in Form einer Keratosis follicularis bei einem Lithographen), par T. Chorazak. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 9, 2 mars 1935, p. 255, 2 fig.

Par la manipulation incessante depuis trois mois, du pétrole et de

la benzine, se développe chez un lithographe une kératose folliculaire des avant-bras et des mains, dont les éléments rappellent des comédons ; il n'y a aucune lésion inflammatoire de la peau.

L. CHATELLIER.

Recherches allergiques avec la blastomycine (Ueber allergische Versuche mit Blastomykin), par A. DOSA. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 9, 2 mars 1935, p. 259.

D. prépara avec plusieurs souches de levures un vaccin, qu'elle inocule dans le derme à divers groupes de malades : blastomycoses, épidermomycoses et trichophyties cutanées, dermatoses diverses. Les injections ne donnent de réactions positives que dans les cas où la clinique et le microscope montrent l'existence d'une blastomycose superficielle. Les malades porteurs d'épidermophyties, de trichophyties ou de microspories réagissent rarement et faiblement. En contre-partie, les malades atteints de blastomycose ne réagissent pas aux autres extraits mycéliens. D. conclut que la substance ainsi extraite des cultures de levures est spécifique, qu'elle peut donner une réaction allergique utile au diagnostic et enfin que les levures et cette substance extraite des cultures contiennent l'agent sensibilisateur eczématogène.

L. CHATELLIER.

Réponses aux critiques dirigées contre les rayons-limite (Widerlegung einiger Einwände gegen die Greuzstrahlen), par B. SPIETHOFF et H. BERGER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 10, 9 mars 1935, p. 281.

L'on a reproché aux rayons-limite d'exiger un appareil peu maniable, de s'appliquer à des champs trop restreints, de nécessiter des temps d'irradiation trop longs et enfin de nécessiter un dosage par ionomètre, donc difficile et coûteux.

Les appareils actuels ne méritent plus les objections concernant prix et applications. L'ionomètre est utile aussi bien pour les rayons-limite que pour les rayons X ; son prix et son maniement sont devenus plus accessibles ; enfin, les lampes pour rayons-limite ont un fonctionnement constant qui dispense des mesures trop répétées.

L. CHATELLIER.

Sur les éosinophiles du sang chez les lépreux (Ueber die eosinophilen Zellen im Blutbilde des Leprakranken), par P. PARMAKSON. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 10, 9 mars 1935, p. 285.

L'éosinophilie n'est pas particulière à la lèpre. Les lépreux non traités présentent une éosinophilie diminuée dans les formes actives, une éosinophilie normale ou à peine accentuée dans les formes latentes. Les variations des éosinophiles au cours de la lèpre sont comparables à celles que l'on rencontre au cours d'autres infections et ont la même valeur. Les traitements efficaces déterminent l'augmentation de l'éosinophilie.

L. CHATELLIER.

Psoriasis et pyodermites (Psoriasis und Pyodermien), par O. Wartemann. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 10, 9 mars 935, p. 289.

Samberger, Woronoff ont soutenu, le premier que psoriasis et pyodermites dans des manifestations de même nature sur un terrain diathésique congénital et qu'elles peuvent alterner sur un même malade, — le second que psoriasis et pyodermites sont de fréquence inverse et que l'apparition d'une pyodermite signifie ou prépare la modification ou la disparition du psoriasis chez un même malade. De ses constatations statistiques et chimiques, W. conclut qu'il ne peut pas confirmer ces opinions. L. Chatellier.

Sur la clinique de la pyodermite varioliforme (Pustulose varioliforme aiguë) (Ueber das Krankheitsbild der varioliformen Pyodermie (Pustulosis varioliformis acuta)), par Vishnu Bendre. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 11, 16 mars 1935, p. 305, 1 fig.

Après avoir rappelé les rares faits déjà publiés, depuis l'observation initiale de Kaposi, tant chez l'enfant, où la maladie est plus fréquente, que chez l'adulte, B. rapporte son observation personnelle qui concerne un adulte et s'est terminée par la guérison. Les éléments pustuleux ne présentaient pas une ombilication centrale aussi nette que la pustule de variole ou de varicelle, mais plutôt une coloration centrale, avec légère dépression, plus foncée ; peu de fièvre ; pas d'eczéma antérieur, mais un traumatisme du pied qui avait nécessité des enveloppements humides. Comme dans les autres observations, aucune raison d'incriminer la variole, la varicelle ou la vaccine. Il s'agit, dans ces cas, d'infection par staphylocoques. L. Chatellier.

Sur la question du mécanisme d'action d'un produit dit de désensibilisation dans les dermatoses (zur Frage über den Mechanismus der Wirkung einiger sogenannter desensibilisierender Mittel bei Hauterkrankungen), par L. N. Maschkeileisson et L. A. Abramowitsch. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 11, 16 mars 1935, p. 313.

Les auteurs se sont attachés à préciser par quel mécanisme l'hyposulfite de soude agit si favorablement dans nombre de dermatoses. Ils se sont servis des diverses épreuves sur la vitesse de résorption ou de diffusion cutanée. De leurs expériences, ils concluent que l'hyposulfite de soude doit son efficacité à son action empêchante sur le tissu réticulo-endothélial de la peau, action aussi rapide que celle sur le système nerveux. Ainsi les histiocytes perdent de leur faculté de réaction ; ce résultat explique pourquoi l'hyposulfite agit si bien dans les dermatoses allergiques non infectieuses. L. Chatellier.

Contribution à l'étude de Bowen (Beitrag zur Bowenschen Krankheit), par N. Schubert. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 12, 23 mars 1935, p. 333, 3 fig.

En avril 1924, le malade est vu pour une lésion de la face postérieure

de la cuisse droite, lésion apparue au début de l'année et aggravée par un traumatisme local : placard de 15 centimètres carrés de surface, irrégulier, de couleur rouge livide, à bords nets. Une biopsie est pratiquée sur le bord et au centre. Sur le fond, prolifération épithéliale atypique avec dyskératinisation marquée au niveau du rete ; l'on conclut à une précancérose. Au centre, épithélioma spino-cellulaire. Le malade porte quelques ganglions de l'aine droite ; il est soumis en mai 1925 à un traitement radiothérapique qui fait disparaître peu à peu les lésions.

En décembre 1934, récidive, qui ramène le malade, inquiet de voir s'étendre, depuis 1930 environ, les lésions. L'examen histologique découvre une dyskératose généralisée de toutes les couches épithéliales, mais il manque les *clumping cells* et les corps ronds habituels de la maladie de Bowen. Il fut heureusement possible de comparer les biopsies de 1924 et celle de 1934 : identité des lésions, sans épithélioma toutefois en 1934. Ce cas est intéressant par la longue observation du malade et aussi par les résultats de la radiothérapie qui a détruit l'épithélioma, mais laissa subsister la précancérose. A noter le rôle du traumatisme dans la genèse de l'épithélioma.

L. CHATELLIER.

Sur l'appareil de Golgi-Kopsch des cellules des glandes apocrines de l'homme (Ueber das Golgi-Kopschen Binnennetz der menschlichen apokrinen Schweissdrüsen), par N. MELCZER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 12, 23 mars 1935, 337, 1 fig.

Il n'est malheureusement pas possible de résumer cet article où l'on trouvera des indications techniques précises pour la mise en évidence de l'appareil interne de Golgi dans les cellules des glandes apocrines. Sa structure diffère complètement de celle que l'on trouve dans les cellules des glandes eccrines ; il s'agit là vraisemblablement d'une différence non seulement morphologique, mais fonctionnelle de cet appareil dans les cellules de ces deux glandes. L'appareil de Golgi forme un réseau continu, complexe, à trois dimensions, caractères propres aux cellules somatiques des Vertébrés. On l'observe le plus aisément et le plus complètement quand on saisit la cellule à son maximum de sécrétion. L'appareil se rencontre alors toujours dans la zone plasmatique au-dessus du noyau. La partie centrale se colore souvent incomplètement. Même au début de la sécrétion, l'on peut encore voir l'appareil, aplati, au-dessus du noyau. Dans les mailles de l'appareil, l'on distingue parfois des blastosomes. Par les méthodes à l'acide osmique, l'appareil de Golgi des apocrines axillaires se révèle difficilement. Dans les coupes prélevées sur du matériel non traité par les liquides qui conservent l'appareil, celui-ci prend l'aspect d'un système canaliculaire clair, qui en est le négatif.

L. CHATELLIER.

Sur la valeur des fonctions capillaires pour l'obtention de la réaction de Pirquet (Ueber die Bedeutung der Kapillarfunktion für den Ausfall der Pirquetschen Reaktion), par R. Sunkel. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 13, 30 mars 1935, p. 361.

Pour vérifier le rôle de la circulation capillaire dans l'apparition et l'intensité de la réaction de Pirquet, S. a comparé chez 32 malades, les réactions obtenues sur une région normale et sur une région artificiellement hyperémiée par application de pommade vaso-dilatatrice. La réaction est renforcée sur le territoire hyperémié ; parfois même, elle n'est positive que là. Ce fait confirme les constatations antérieures et prouve le rôle que joue la circulation capillaire dans la réaction de Pirquet. Il s'attache à cette notion un intérêt pathogénique et même thérapeutique qu'il faut souligner. L. Chatellier.

Recherches sur la pénétration du bismuth dans le système nerveux central (Untersuchungen über das Eindringen von Wismut in das Zentralnervensystem), par Huang Chin Tsing. *Dermatologische Wochenschritf*, t. **100**, n° 13, 30 mars 1935, p. 367.

De toute une série de recherches avec divers sels de bismuth (iodobismuthate, bismuth oléo-soluble, tartrobismuthate de K et Na), l'auteur conclut que :

Le liquide céphalo-rachidien contient plus d'anions que de cations. Les métaux lourds précipitent la protéine albumineuse de la membrane cellulaire, les ions à charge positive neutralisent les ions albumineux à charge négative. Aussi le bismuth, en tant que cation, traverse plus fortement les membranes cellules que les anions. La pénétration du bismuth dans le système nerveux central dépend seulement de la charge électrique des ions bismuth. Le plus grand pouvoir de pénétration revient à l'iodobismuthate, qui contient le plus de bismuth électronégatif ; inversement, le bismosol qui contient surtout des ions positifs, a le moindre pouvoir pénétrant. Entre les deux, le pentabi (lipo-soluble). La dose de 5 milligrammes par kilogramme paraît la plus favorable, car à doses plus élevées, la pénétration n'est pas accrue. La fièvre ne semble pas augmenter le pouvoir pénétrant.

L. Chatellier.

Bruxelles Médical.

Valeur comparative de quelques réactions de fixation du complément et de floculation dans la syphilis chez l'homme, par A. Bessemans et E. Assaert. *Bruxelles Médical*, année **15**, n° 19, 10 mars 1935, p. 515.

Les modifications colloïdales déterminées dans le sérum ou le liquide céphalo-rachidien par l'infection syphilitique chez l'homme se reconnaissent mieux, suivant les cas, par l'une ou l'autre méthode. Pour B. et A., la priorité revient au Bordet-Wassermann, puis vient le Kahn et

le M. K. R. 2 pour le sang, le M. B. R. 2 pour le liquide. Mais, tout en augmentant avec le nombre des méthodes effectuées, les chances d'un diagnostic certain atteignent rapidement un seuil, au delà duquel certains cas leur échappent entièrement. H. RABEAU.

Les complications cutanées des traitements antisyphilitiques, considérations générales, par L. DEKEYSER. *Bruxelles Médical*, année **15**, n° 21, 24 mars 1935, p. 371.

Revue générale dans laquelle l'auteur envisage, outre les complications, les tests cutanés et la conduite générale ultérieure du traitement. H. RABEAU.

Actas Dermo-sifiliograficas (Madrid).

Sclérodermie et calcémie (Esclerodermia y calcemia), J. S. COVISA et M. HOMBRIA. *Actas Dermo-sifiliograficas,* année **27**, n° 5, février 1935, p. 515.

Dans un précédent travail, Covisa et Almonacid sont arrivés à cette conclusion que le taux du calcium sanguin est augmenté dans la sclérodermie, dans le psoriasis et d'une façon générale dans les dermatoses sèches et hyperkératosiques. Il serait abaissé dans les affections cutanées exsudatives, dans les dermites aiguës et les lésions d'origine tuberculeuse.

L'exposition de l'état actuel du problème comprend trois parties.

1° *Relations de la sclérodermie avec les altérations des organes endocrines.* — Des troubles glandulaires divers ont été invoqués. La théorie thyroïdienne, la première en date, se fonde sur l'association de la sclérodermie avec la maladie de Basedow ou avec divers syndromes comportant des troubles thyroïdiens (hyper, hypo ou dysthyroïdie).

Des relations analogues ont été notées avec diverses glandes (ovaire, hypophyse, organes chromaffines). Une insuffisance pluri-glandulaire est parfois signalée.

La coexistence de la sclérodermie avec des affections telles que la paralysie agitante ou la tétanie ont attiré l'attention sur le rôle des parathyroïdes, dont on connaît par ailleurs l'importance dans le métabolisme du calcium.

2° *Le taux du calcium sanguin dans la sclérodermie.* — Les relations de la sclérodermie avec les troubles du métabolisme du calcium sont établies par la fréquence de la calcinose et des concrétions calcaires, par la démonstration habituelle d'une hypercalcémie. Cependant, C. et H., effectuant l'épreuve d'Héténýi dans 5 cas de sclérodermie, n'ont obtenu que 3 résultats positifs.

3° *Résultat de traitements dirigés contre l'hypercalcémie.* — La ligature des artères thyroïdiennes inférieures et l'extirpation des parathyroïdes sont suivies d'un abaissement du taux du calcium sanguin et d'une sensible amélioration de la sclérodermie.

Certains agents chimiques, comme le chlorure ammonique, admi-

nistré à la dose de 3 grammes par jour et associé à une médication acidifiante, permettent d'obtenir des résultats analogues à ceux des interventions chirurgicales. La calcémie diminue et les phénomènes cliniques sont favorablement influencés. J. MARGAROT.

Sur la dégénérescence colloïde du derme (Sobre la degeneracion coloïde del dermis), par J. BEJARANO. *Actas Dermo-sifiliographicas*, année **27**, n° 5, février 1935, p. 524 7 fig.

L'étude de B. porte sur deux malades atteints de dégénérescence colloïde du derme.

Chez l'un d'eux, la localisation est exclusivement faciale. Chez l'autre, il existe en même temps des lésions des mains.

La morphologie est identique dans les deux cas. Les lésions sont monomorphes et affectent le type vésiculoïde, décrit par Balzer. Ces fausses vésicules, de consistance dure, ont un relief variable. Quelques-unes présentent l'apparence de végétations.

Les examens microscopiques démontrent que l'affection dermatologique connue sous le nom de dégénérescence colloïde du derme répond essentiellement à la dégénérescence du système collagène, bien que l'on note parfois, mais toujours beaucoup moins intenses, des lésions analogues du tissu élastique. J. MARGAROT.

Etude clinique, anatomique et bactériologique d'un cas de pseudo-pelade de Brocq (Estudio clinico, anatomico y bactériologico de un caso de pseudo-pelada de Brocq), par Xavier VILANOVA. *Actas Dermo-sifiliograficas*, année **27**, n° 5, février 1935, p. 531, 8 fig.

X. V. étudie, au point de vue clinique, anatomique et bactériologique, un cas de pseudo-pelade de Brocq, observé chez un malade de 27 ans. Deux faits lui paraissent mériter de retenir l'attention.

L'un deux est relatif au rôle de la glande sébacée dans l'évolution atrophique du follicule. Il a été impossible à V. de suivre l'atrophie et la disparition du mamelon sébacé. Il ne peut que signaler, à titre documentaire, une image résiduelle visible sur une des micro-photographies.

Il n'a trouvé en aucun point ni vestiges de pustulation, ni abcès, ni cellules géantes. Il a toujours vu la partie inférieure du follicule pileux libre de toute infiltration.

Plus intéressantes sont les constatations bactériologiques. V. a isolé un staphylocoque caractérisé par l'abondance des produits sulfureux dégagés par ses cultures en anaérobiose. Là se trouve peut-être l'explication du mécanisme de la pseudo-pelade. Ces produits sulfureux, en rapport avec la présence du staphylocoque, provoqueraient une irritation péri-folliculaire discrète, qui, insuffisante pour donner lieu à une suppuration, conduirait à l'atrophie folliculaire par sa persistance.

J. MARGAROT.

Séro-diagnostic de la syphilis dans le sang desséché (Serodiagnastico de la sifilis en sangre desecada), par M. Hombria et M. S. Carbonero. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 5, février 1935, p. 543.

H. et S. concluent de leurs essais de séro-diagnostic de la syphilis en utilisant du sang desséché à l'infériorité évidente de cette méthode.

J. Margarot.

Un cas de chancre syphilitique de la paupière chez une enfant de 27 mois (Un caso de chancro sifilitico del parpade en una niña de vintesiecte meses), par J. Bejarano et Javier M. T. Bona. *Actas Dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 5, février 1935, p. 544, 1 fig.

Les auteurs ont observé une érosion ovalaire, de surface pseudo-diphtérique, légèrement indurée et occupant les deux tiers externes de la paupière inférieure gauche. Les ganglions pré-auriculaire et sous-maxillaire correspondants sont engorgés. Un examen à l'ultra-microscope permet de trouver des tréponèmes. Les réactions sérologiques sont fortement positives.

Il a été complètement impossible de trouver le point de départ de la contamination.

J. Margarot.

Xanthome tubéreux (Xantoma tuberoso), par B. S. Cozar. *Actas Dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 5, février 1935, p. 565, 4 fig.

Un homme de 24 ans présente sur les doigts des tuméfactions allongées et sur les coudes, les genoux, les crêtes iliaques, les trochanters, le sillon interfessier, des tumeurs plus volumineuses. Un examen microscopique permet de trouver la cellule xanthélasmatique de Chambard avec son contenu lipoïdique. Le taux de la cholestérine du sérum sanguin s'élève à 6 gr. 25 o/oo.

La notion de l'origine réticulo-endothéliale du xanthome éclaire son histogénèse. La néoformation xanthélasmatique ne croît pas par la multiplication des cellules qui la composent, mais par addition de cellules nouvelles. La cellule du xanthome ne constitue donc pas une race cellulaire et ne se perpétue pas par ses propres moyens. La xanthélasmatisation est toujours un phénomène secondaire.

J. Margarot.

La protéose dans l'eczéma et les autres maladies allergiques (La proteosa en el eczema y otras enfermedades allergicas, nota previa), par José Troya Villalba. *Actas Dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 5, février, 1935, p. 576.

J. T. V. rappelle les travaux qui ont suivi la découverte par Oriel et Barer d'une substance douée de propriétés réactogènes dans l'urine de sujets atteints de manifestations allergiques.

Ses recherches personnelles portent sur la chimie du complexe protéose, dont il donne les caractéristiques essentielles et sur sa présence dans l'urine de tous les sujets sains ou malades. On la trouve en plus grande quantité chez les seconds que chez les premiers. Elle est parti-

culièrement abondante chez les malades atteints de dermatoses allergiques (eczémas dus à un agent sensibilisant connu, urticaires dont on connaît l'allergène, érythrodermies salvarsaniques, dermites lumineuses, etc.). J. MARGAROT.

Eczéma véritable de deux jumeaux (Eczema verdadero en dos gemelos), par L. Egea BUENO. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **27**, n° 5, février 1935, p. 579, 3 fig.

Deux jumeaux, issus d'une grossesse mono-vitelline, de même sexe et ayant une extraordinaire ressemblance, présentent l'un et l'autre un eczéma véritable de la face. La dermite est identique chez les deux petits malades, quoique un peu plus étendue chez l'un d'eux.

Les épreuves pratiquées ont donné les mêmes résultats. Les cuti-réactions au blanc d'œuf sont négatives, mais les intradermo-réactions avec la même albumine sont positives avec la même intensité et ont une évolution strictement superposable. J. MARGAROT.

Un cas de diphtérie primitive de la paupière inférieure (Un caso de difteria primitiva del parpado inferior), par J. GAY PRIETO, E. LINDE et MONTIJANO. *Actas Dermo-sifiliograficas*, année **27**, n° 5, février 1935, p. 583, 1 fig.

On trouve une lésion ulcéreuse à bords enflammés, recouverte d'une fausse membrane diphtéroïde grisâtre et très adhérente sur la paupière supérieure et un enduit noirâtre, franchement nécrotique, sur la paupière inférieure. L'enfant est pâle, prostré. La température est élevée.

Sur la joue existent des lésions superficielles ayant l'aspect d'un impétigo de Tilbury Fox.

On isole de ces dernières, ainsi que de la fausse membrane, un bacille analogue à celui de Klebs-Löffler. Un traitement par le sérum antidiphtérique et l'anatoxine est suivi d'une guérison rapide.

J. MARGAROT.

Sensibilisation et prédisposition dermato-pathologiques dans les accidents du travail (Sensibilizacion y predisposiciones dermo-patologicas en accidentes del trabajo), par F. BERJILLOS DEL RIO. *Actas Dermo-sifiliograficas*. année **27**, n° 5, février 1935, p. 587.

L'auteur divise en trois groupes les causes qui aggravent ou prolongent les accidents du travail ; ce sont : la sensibilisation, la prédisposition et la fixation d'une maladie antérieure sur le foyer d'un traumatisme.

Dans le premier groupe trouvent place les dermatoses allergiques en rapport avec des substances connues comme sensibilisantes (aniline, teintures, pollen des fleurs, acides minéraux, chaux, ciment, acides gras, engrais, etc.).

L'auteur mélange la substance à étudier avec du talc dans des proportions diverses. La poudre ainsi obtenue est déposée sur la peau du bras, de l'abdomen ou de l'épaule et maintenue par un pansement.

Une première lecture est faite deux heures après. Si elle donne des résultats négatifs pour toutes les concentrations, une deuxième lecture est faite au bout de 24 heures.

La réaction est constituée par un érythème dans les cas légers et par des papules ou des bulles dans les formes intenses.

Le médecin légiste mentionne le résultat positif de l'épreuve, conclut à un changement de profession de l'ouvrier, ou, si aucun autre travail n'est possible pour lui, à la nécessité d'une désensibilisation. Si l'ouvrier refuse de s'y soumettre, il perd tout droit pour les accidents allergiques futurs de même ordre (la législation espagnole admet que la prédisposition limite la responsabilité du patron ou de l'assureur).

Le second groupe se rapporte aux maladies prédisposantes. Par exemple, une blessure se produisant sur un membre variqueux est un accident du travail indiscutable, mais si la lésion se transforme en un véritable ulcère variqueux ou si la guérison tarde à se produire, on doit admettre qu'il s'agit d'une affection provoquée par l'accident chez un sujet prédisposé. Le temps normal de la cicatrisation étant écoulé, la responsabilité du patron n'existe plus.

De la même manière, le droit subsidiaire de l'ouvrier s'éteint au bout d'un certain temps dans le troisième groupe de faits, relatif à la fixation d'une maladie antérieure sur un foyer traumatique (syphilis, psoriasis, etc.). J. MARGAROT.

The Urologic and Cutaneous Review (St. Louis).

Eczéma professionnel causé par le phénol (« Professional » eczema caused by phenol), par HOLLANDER. *The Urologic and Cutaneous Review*, mars 1935, p. 165.

Éruption eczématiforme des mains, chez un médecin, due à la solution et au savon phéniqués. Épidermo-réaction positive à la vaseline phéniquée. S. FERNET.

Un nouveau traitement du chancre mou (A new treatment for chancroid), par JACOBSEN. *The Urologic and Cutaneous Review*, mars 1935, p. 172.

La méthode proposée avait déjà été préconisée antérieurement (Nelson) mais n'est pas entrée dans la pratique courante. Elle est cependant supérieure à tous les traitements classiques du chancre mou.

Après un nettoyage soigneux de la plaie, on fait des attouchements soutenus pendant 3 à 5 minutes avec la solution de formol du commerce (formaline). Une seule application suffit pour les chancres de petite dimension ; pour ceux qui sont plus étendus ou phagédéniques, une deuxième et une troisième application peut être nécessaire.

Ce traitement est très douloureux et nécessite une anesthésie, soit locale à la poudre de cocaïne, soit rachidienne lorsqu'il s'agit d'une ulcération importante. S. FERNET.

Orvosi Hetilap (Budapest).

Dermatite aiguë en rapports avec des blastomycoses, par Tibor WLASSICS et André DÓSA. *Orvosi Hetilap,* année **79**, n° 9, 2 mars 1935, pp. 239-241.

Les investigations des auteurs font supposer que, dans certaines conditions, les champignons cutanés sont capables de déterminer un état allergique de la peau et d'acquérir des propriétés eczématogènes. Ces propriétés peuvent se manifester après préparation préalable du terrain, en provoquant le tableau clinique typique de l'eczéma aigu. Les recherches des auteurs montrent, en effet, que les saccharomycètes peuvent donner de l'eczéma aigu : il est un fait que des trableaux cliniques analogues sont dus à des affections différentes. Les auteurs proposent d'appeler le tableau clinique eczémateux, provoqué par les saccharomycètes, à l'exemple de l'eczéma trichophytoïde, eczéma blastomycosique ; mais au point de vue du diagnostic différentiel avec les eczémas d'origine endogène, il convient mieux de les désigner sous le nom de dermatite blastomycosique. BALASFFY-BLASKO.

CONGRÈS ANNUEL ITALIEN DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Le XXIXe Congrès annuel de la Société Italienne de Dermatologie et Syphiligraphie a tenu, cette année, ses assises à Rome, du 15 au 17 avril, sous la présidence du Professeur Tommasi, de l'Université de Palerme.

Comme d'usage, trois sujets d'étude avaient été proposés aux discussions du Congrès :

1° *Les atrophodermies.*

2° *Les régimes en dermatologie.*

3° *Valeur clinique des examens du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis.*

Nous allons donner un aperçu sommaire des différents Rapports qui ont été présentés sur ces trois questions, en nous excusant auprès de leurs auteurs de ne donner qu'un reflet très infidèle de leurs remarquables travaux, en raison de l'espace limité dont nous disposons.

I. — **Atrophodermies,** par le professeur BERTACCINI.

L'auteur définit d'abord le sujet et le délimite, et il énumère les différentes variétés d'atrophies de la peau. Il examine ensuite les diverses classifications qui en ont été proposées, et il se rallie à la seconde classification d'Oppenheim : 1° *Atrophies congénitales,* comprenant : *a) aplasia cutis congenita* ; *b)* atrophies cutanées congénitales striées ; *c)* atrophies diffuses universelles. 2° *Atrophies acquises,* qui comprennent deux groupes : I. Atrophies non inflammatoires : *a)* physiologiques

(atrophie sénile simple) ; *b*) de cause externe (atrophie sénile dégénérative ; *cutis rhomboidalis nucchæ* ; Seemann et Landmannhaut ; stries atrophiques par compression ; atrophies professionnelles) ; *c*) de cause interne (atrophies par troubles de la nutrition : faim, marasme, cachexie ; atrophies cutanées nerveuses). II. Atrophies inflammatoires : *a*) Dermatite atrophique chronique progressive : diffuse, acrodermatite, maculeuse, poïkilodermie atrophique vasculaire ; *b*) *Kraurosis vulvæ* et *penis* ; *c*) *Blepharochalasis* ; *d*) Atrophies secondaires à des dermatoses inflammatoires déterminées : lupus érythémateux, syphilis, lèpre, tuberculose, pellagre, etc... ; *e*) *Xeroderma pigmentosum* ; *f*) Röntgen et radiumdermite.

L'auteur fait l'étude de ces diverses dermatoses, parmi lesquelles il en est trois qui font l'objet d'un examen particulièrement approfondi et auxquelles nous limiterons cette analyse.

A. — La *Dermatite chronique atrophiante*, dans laquelle B. englobe l'acrodermatite atrophiante de Herxheimer, ou son synonyme l'érythromélie de Pick, la dermatite atrophiante diffuse progressive, l'atrophie idiopathique progressive. Il n'existe, en effet, entre ces différentes variétés, que des différences dans l'étendue des lésions, ou même de simples différences d'appellation.

C'est une affection assez fréquente, puisque plus de 500 cas en ont été publiés, de fréquence d'ailleurs variable selon les régions, plus fréquente dans l'Europe centrale, maladie de l'âge adulte. La dermatose débute par des foyers en plaques, érythémateux ou érythémato-infiltratifs, qui s'étendent lentement et arrivent à se fusionner ; on les rencontre surtout dans le voisinage des articulations et on a même proposé le nom de *arthrodermatite*. Quelquefois, l'infiltration est plus prononcée et arrive à former des nodules, ou des cordons, plus ou moins allongés.

A ce stade initial, érythémato-infiltratif, succède, par une lente transition, le stade atrophique, où l'aspect de la lésion est plus caractéristique : peau rouge sombre ou rouge bleuâtre, peau amincie, transparente, laissant apercevoir nettement les réseaux veineux et même les tendons, présence de télangiectasies ; la peau se laisse facilement soulever en plis, et, abandonnée à elle-même, revient peu à peu à sa position primitive ; même à l'état de repos, elle présente de fines plicatures dont l'aspect a fait l'objet de comparaisons diverses : papier à cigarettes, peau d'oignon, peau de pomme cuite, etc... A une période avancée de la maladie, comparaissent des manifestations particulières, parmi lesquelles les plus fréquentes sont les altérations sclérodermiques ou pseudo-sclérodermiques, qui ont donné lieu à beaucoup de discussions, car il s'agit de savoir si on se trouve en présence d'un processus scléreux particulier ou bien de sclérodermie vraie, et, dans cette dernière éventualité, on pourrait envisager l'hypothèse d'une parenté nosologique entre ces deux affections : sclérodermie et derma-

tite atrophiante. B. expose les arguments pour et contre cette hypothèse, discussion qui n'a pu encore être résolue. Les autres manifestations associées, les complications, les troubles subjectifs, les altérations histologiques, de cette affection, sont successivement étudiées ; son évolution est chronique, on peut observer des améliorations, mais la guérison complète est fort rare. Au point de vue étiologique, on a incriminé les influences thermiques (froid), les traumatismes, les maladies infectieuses, en particulier la syphilis, la tuberculose, les auto-intoxications, les altérations endocrines, les troubles du système nerveux central (trophonévrose ou angionévrose), les influences héréditaires, etc.... Différents modes de traitement ont été proposés, mais avec des résultats assez médiocres : massages, bains chauds, galvanisation, diathermie, injections de fibrolysine, sympathectomie péri-artérielle, opothérapie (thyro-ovarienne, pluri-glandulaire, hypophysaire, etc...) ; enfin, radiothérapie, surtout les radiations profondes, dans la période d'infiltration du début.

B. — Les *Atrophies maculeuses* sont caractérisées essentiellement par le fait qu'il s'agit de processus atrophiques circonscrits, en taches de dimension limitée, mais il n'y a pas de différence de nature avec les atrophies diffuses et il peut du reste y avoir coexistence de ces deux formes.

Un processus atrophique maculeux peut succéder à des lésions d'une dermatose connue (syphilis, tuberculose, lèpre, etc...) ; ce sont là les atrophies maculeuses *secondaires*. D'autres sont *primitives* et celles-là seules peuvent être considérées comme ayant une existence nosologique propre. Mais en réalité, il est souvent difficile de dire si une atrophie maculeuse est primitive ou secondaire, car les formes dites primitives sont souvent précédées de manifestations inflammatoires, parfois un simple érythème, de sorte qu'on peut toujours se demander, même quand il n'y a pas réaction inflammatoire appréciable cliniquement, s'il n'y a pas eu un processus histologique inflammatoire cliniquement latent ; c'est pourquoi Oppenheim avait proposé l'appellation plus compréhensive de *dermatite atrophiante maculeuse*.

Pour ce qui concerne les atrophies maculeuses *idiopathiques*, des variétés multiples en ont été décrites, mais il en est deux qui sont définies d'une manière particulièrement nette : l'*érythème ortié atrophiant* décrit par Pellizzari en 1884, et l'*anétodermie érythémateuse*, décrite par Jadassohn en 1891 ; leur mode de début est différent, dans la première par un élément ortié, dans la seconde par une papule ; mais, en réalité, lorsque la dermatose est constituée, il est très difficile de distinguer les deux formes. Au niveau des divers éléments la peau est mince, finement plissée, rosée, rose lilas ou bleuâtre, et offre un aspect caractéristique de *sac vide*. A côté de ces deux types fondamentaux, on en a décrit d'autres : type Chargin et Silver, type Schweninger-Buzzi, etc... Ces atrophies maculeuses prédominent dans le sexe féminin et dans le jeune âge. Leur étiologie est

très discutée et rapportée le plus souvent à des influences neuro-endocriniennes, ou bien à une intoxication de nature inconnue, qui aurait une action élective sur les fibres élastiques de la peau.

Passant ensuite aux atrophies *secondaires*, B. expose qu'elles succèdent le plus souvent à la syphilis (vergetures rondes), à la tuberculose (en particulier au lupus érythémateux), à la lèpre, et enfin, à la sclérodermie. Ce dernier fait est important, puisqu'on discute sur la communauté d'origine de la sclérodermie et des atrophodermies ; ces dernières ne seraient, pour certains, qu'un aboutissant de la sclérodermie, qui peut avoir été éphémère (sclérodermie atrophiante d'emblée). On peut voir aussi des cicatrices atrophiques succéder à l'herpès, à l'impétigo, à l'acné vulgaire ; les lésions de la pelade, de la pseudopelade, les reliquats du favus, peuvent, à la rigueur, être classés parmi les atrophies cutanées circonscrites secondaires.

.C. — La *Poïkilodermie vasculaire atrophiante de Jacobi* est la dernière des trois formes qui dominent le groupe des atrophodermies. On a beaucoup discuté et on discute encore sur cette dermatose, dont les caractères ne sont pas encore définis d'une manière bien précise, et qui comprend certainement plusieurs types. Le premier des cas qui rentrent dans ce groupe a du reste été décrit en France, en juin 1906, par Petges et Cléjat, et c'est seulement en septembre de la même année que Jacobi fit une communication sur une dermatose analogue.

Si les formes de ce groupe présentent des caractères qui les relient nettement aux atrophodermies, elles s'en écartent cependant par certains autres : atrophie moins accentuée, moins étendue, télangiectasies, pigmentations, et surtout *caractère rigide* de l'atrophie, qui la rapproche de la sclérodermie plus que dans toutes les autres formes ; il n'est pas rare du reste de la voir associée à la sclérodactylie, et on a constaté aussi parfois de l'hypercalcémie, avec *calcinose*, comme on l'observe aussi dans la sclérodermie ; les caractères histologiques eux aussi présentent des caractères qui tiennent à la fois de l'atrophodermie et de la sclérodermie.

Des classifications diverses ont été proposées pour ce groupe de dermatoses. Petges distingue quatre variétés : 1° forme généralisée, celle qui a été décrite par Jacobi ; 2° forme localisée au visage et au cou, qui a été décrite par Civatte ; 3° forme où les manifestations cutanées s'associent à des altérations musculaires (poïkilodermatomyosite), c'est la forme décrite par Petges et Cléjat ; 4° forme associée à des concrétions calcaires dermiques et hypodermiques. Oppenheim distingue trois groupes : 1er groupe, comprenant les quatre types ci-dessus énumérés ; 2e groupe, comprenant les cas à caractère *familial*, qu'il considère comme des maladies næviques ; 3e groupe, comprenant les cas qui sont secondaires à des dermatoses préexistantes.

B. étudie ces différents types ; sa description, dans ses grandes lignes, concorde avec celles qui sont données dans les Traités classiques ; les divergences et les discussions ne portent que sur des points de détail,

sur des nuances cliniques, ce qui rend à peu près impossible d'en donner une exposition résumée.

Dans son ensemble, le Rapport du Professeur B. constitue une excellente mise au point de l'état actuel de la question des Atrophodermies, et c'est au texte original que devront se reporter ceux qui seront curieux d'acquérir, sur ce sujet si controversé, des vues précises.

II. — **Les régimes en dermatologie**, sous la direction du Prof. Pasini.

Le Prof. Pasini, dans une *Étude sur les Rapports entre les facteurs diététiques et les dermatoses*, développe des considérations générales qui servent d'introduction aux travaux suivants. Ayant reçu pour mission d'étudier cette seconde question soumise au Congrès, il fait remarquer combien un pareil sujet est vaste, et combien nos connaissances en pareille matière présentent encore de larges lacunes. Aussi, ne saurait-il être question d'embrasser, dans un Rapport de Congrès, tous les points de vue qui se rapportent aux influences diététiques en dermatologie. Il lui est donc apparu nécessaire de se limiter, de faire porter son effort sur quelques points particuliers, afin de pouvoir en faire une étude plus approfondie. Sous sa direction, quatre de ses collaborateurs ont porté leur attention sur divers problèmes qui sont actuellement au premier plan de l'actualité.

Scolari expose ses *Observations cliniques et Recherches expérimentales sur le régime de Sauerbruch-Hermannsdörfer-Gerson (S. H. G.) dans les affections cutanées.*

Ce régime, comme on sait, a été préconisé, surtout en Allemagne, particulièrement dans le traitement de la tuberculose cutanée. S. a bien observé une influence favorable dans le lupus, pour la plupart des cas étudiés, mais pas de guérison complète. Même dans les cas qui paraissent cliniquement guéris, cette guérison complète a été démentie par le contrôle histologique.

Au début de la cure, deux faits se manifestent, qui sont constatables cliniquement, mais aussi par l'étude capillaroscopique et électro-thermométrique : 1° augmentation de l'irrigation sanguine dans les lésions ; 2° néoformation capillaire. C'est le lupome qui oppose le principal obstacle à cette réaction locale, aussi le régime S. H. G. donnera-t-il des résultats d'autant meilleurs que les lupomes seront moins abondants et qu'il y aura, au contraire, prédominance d'infiltration diffuse et d'œdème. Les résultats thérapeutiques sont, sinon meilleurs, du moins plus rapides si l'on associe au S. H. G. d'autres méthodes : héliothérapie, ultra-violets, finsenthérapie.

Le régime S. H. G. a été appliqué égalcment dans des cas de dermatoses diverses, non tuberculeuses ; les résultats les meilleurs ont été obtenus dans des affections diffuses, caractérisées par de l'œdème et du suintement, en particulier dans les érythrodermies.

Qu'il s'agisse de lésions tuberculeuses ou non tuberculeuses, il y a

toujours, dans une première phase, augmentation de l'œdème, et dans une seconde phase, diminution. Le mécanisme d'action du S. H. G. est obscur : il semble se produire une réaction analogue aux réactions de foyer, et en effet, ce sont les malades qui réagissent le mieux à la tuberculine qui bénéficient le plus du régime. Le régime semble agir par un processus d'acidification, par un changement dans l'équilibre minéral, par un renversement de l'équilibre des cations, par une exaltation de l'activité du système réticulo-endothélial.

Chiale a fait porter ses recherches sur *Le régime lacté en dermatologie dans ses rapports avec le métabolisme de l'eau.*

Un groupe de malades fut soumis au régime lacté absolu pendant une semaine. A la fin de cette période, certains d'entre eux ne manifestèrent aucune modification de leur état (pemphigus, maladie de Dühring, mycosis fongoïde, lupus) ; chez d'autres, atteints de dermatoses diffuses, on observa une amélioration nette (eczéma à évolution érythrodermique, psoriasis, dermatite arsénobenzolique, prurigo de Besnier) ; l'érythème, le suintement, l'infiltration étaient considérablement diminués et même disparus, et il y eut même dans quelques cas guérison complète.

Le traitement fut en général bien supporté, à part une légère diminution de poids, sans qu'il y ait atteinte de l'état général.

Des recherches expérimentales furent entreprises, afin d'étudier chez ces sujets le *bilan hydrique* ; elles démontrèrent une altération profonde du métabolisme de l'eau dans les dermatoses diffuses, notamment, il y avait une diminution de la diurèse et une forte augmentation de l'élimination cutanée, dépassant parfois 3.500 centimètres cubes, de telle sorte que le bilan hydrique se trouvait en déficit. Du côté du sang, on constatait de l'hydrémie, le déplacement du rapport plasma-globules en faveur de la fraction liquide du sang, la masse totale n'étant pas augmentée, de sorte qu'il y avait une diminution, non pas proportionnelle, mais absolue, de la masse globulaire ; la teneur élevée en eau du plasma était également démontrée par l'hypoalbuminose et l'abaissement de la pression osmotique.

D'autres recherches eurent pour but de vérifier les modifications de l'hydristie cutanée sous l'influence du régime lacté. Des lambeaux de peau, pesés avant et après dessiccation, montrèrent qu'au début du traitement, la teneur en eau de la peau était supérieure à la normale, et qu'elle s'abaissait à la fin de la diète lactée. On constata aussi, à la fin de la cure, une amélioration de la crase sanguine : diminution du volume plasmatique, augmentation du volume globulaire, augmentation des protéines et de la pression osmotique. Enfin, l'élimination cutanée diminua au profit de la diurèse.

Le mécanisme d'action du régime lacté paraît complexe ; il est probable que l'élimination augmentée de l'eau doit avoir pour corollaire une augmentation de l'élimination des chlorures ; d'autre part, l'aug-

mentation de la pression osmotique du sang, conséquence de l'élimination de l'eau, agit sur les liquides interstitiels des tissus, amorçant un processus de déshydratation, et réduisant consécutivement l'élimination cutanée ; elle semble due d'ailleurs, non pas à une élimination d'eau pure et simple, mais à un retour aux rapports physico-chimiques normaux entre l'eau et les colloïdes protoplasmiques.

Dans une dernière partie de ce travail, l'auteur examine les indications et les contre-indications du régime lacté, chez l'adulte et chez l'enfant. Ce régime est particulièrement indiqué dans les dermatoses diffuses inflammatoires exsudatives, où il donne des résultats d'autant meilleurs que les mauvaises conditions de la peau sont plus accentuées.

Comel a étudié une question particulièrement intéressante, mais aussi particulièrement ardue et obscure, celle des *Vitamines comme facteurs diététiques et thérapeutiques en dermatologie.*

Il fait remarquer que, dans la période contemporaine, la science de l'alimentation s'est modifiée, les notions jusqu'alors classiques ont été reconnues insuffisantes ; on s'est aperçu que les calories n'expliquaient pas tout, que, dans l'alimentation, à côté des facteurs *quantitatifs*, intervenaient des facteurs *qualitatifs* spéciaux, facteurs accessoires auxquels on a donné le nom, d'ailleurs défectueux, de *vitamines.* Il est intéressant pour le dermatologiste de scruter quelle peut être l'importance pathogénique et thérapeutique de ces facteurs dans l'évolution et le traitement des dermatoses.

C. étudie ensuite les diverses vitamines et leur distribution dans les aliments, notions aujourd'hui classiques. Il étudie ensuite les divers régimes les plus usuels en dermatologie, notamment les régimes végétarien et lacto-végétarien, et montre que, si leur action peut s'expliquer par des mécanismes chimiques, ces régimes sont également riches en vitamines et l'hypothèse ne peut être exclue que celles-ci jouent aussi leur rôle dans l'activité thérapeutique de ces régimes.

Un autre chapitre est consacré à l'étude de la participation de la peau dans les *dysvitaminoses.* Il existe, dans l'organisme, un « équilibre vitaminique » comme il existe un équilibre hormonique, et la peau joue à cet égard un rôle important, comme siège de formation ou d'activation des principes vitaminiques. C. étudie successivement l'action sur la peau de la *dysvitaminose A* (la vitamine A étant considérée comme anti-infectieuse et protectrice de l'épithélium ; de la *dysvitaminose B*, et ses rapports avec le béribéri et la pellagre ; de la *dysvitaminose C*, qui occasionne des hémorragies et le scorbut, maladie dans laquelle s'observent des lésions cutanées, telles que la dermatite papulo-kératosique folliculaire, vraisemblablement d'origine dysvitaminique ; des *dysvitaminoses D* et *E.* D'autres lésions cutanées peuvent être dues au contraire à des *hypervitaminoses.* Enfin, il y a lieu de distinguer les altérations cutanées qui sont la conséquence *directe* du

déficit vitaminique (*dysvitaminoses vraies*) et celles qui ne sont qu'une conséquence *indirecte* (*dysvitaminoses relatives*).

L'action thérapeutique des vitaminoses dans les dermatoses a été affirmée dans ces dernières années par de nombreux auteurs, qui ont apporté à l'appui de leur opinion des faits positifs d'amélioration dans des cas de psoriasis, de kératose, d'acné vulgaire, d'eczéma. La vitamine D, en particulier, a donné des résultats favorables dans l'eczéma ; ils semblent dus à son action calcio-fixatrice, peut-être aussi à une action excitatrice du métabolisme cellulaire, comme semble le démontrer la diminution du taux de l'acide lactique dans le sang des malades ; les vitamines semblent agir en effet comme des *facteurs microergiques*, à la manière des catalyseurs.

Des résultats satisfaisants ont été également obtenus dans l'eczéma infantile, par association du *régime hypolipidique* avec l'administration de la vitamine B ; le mécanisme d'action de ce traitement est difficile à expliquer, C. pense à une action générique cellulipète, exercée par la vitamine sur le métabolisme des tissus.

Certains faits semblent aussi démontrer une *action locale* des vitamines, tels les résultats favorables obtenus par l'emploi de vitamines utilisées en pansements, en pommades.

Si nos connaissances sur l'action des vitamines en général, et sur la peau en particulier, présentent de nombreuses lacunes, le *mécanisme* de cette action est encore plus obscur ; il semble d'ailleurs qu'il soit différent pour les diverses variétés de dysvitaminoses. Pour la dysvitaminose C, scorbutique, il s'agirait d'une action histophile endothéliale s'exerçant sur l'endothélium des capillaires ; pour la dysvitaminose A, d'une action histogène locale endocellulaire sur le système épithélial, etc... L'action de la dysvitaminose peut d'ailleurs être *directe*, s'exerçant sur les cellules de la peau elle-même, ou bien *indirecte*, les éléments histologiques cutanés subissant les conséquences d'autres altérations produites par le déficit vitaminique sur divers organes ; il peut y avoir aussi une action *générale*, retentissant sur la peau, ou bien une action *locale*, ainsi que semblent le démontrer certains résultats thérapeutiques obtenus par l'emploi local de préparations vitaminiques.

Mais surtout au point de vue de la nature de cette action des vitamines, il semble qu'il s'agisse d'une *action microergique* comparable à celle des hormones ; on a d'ailleurs prononcé les mots de « hormones végétales » et celui de « vitamines animales ». L'analogie n'est pas du reste seulement physiologique, des recherches récentes semblent avoir établi une parenté chimique entre les hormones et les vitamines.

C. termine son travail par des considérations d'hygiène diététique et de thérapeutique relatives aux vitamines ; ce qui est important, ce n'est pas tant la quantité *absolue* de telle ou telle vitamine, que leur proportion *relative*, c'est-à-dire l'*équilibre vitaminique*. Au point de vue thérapeutique, C. déconseille l'emploi des *aliments irradiés*, qui

ont été préconisés par certains dans ces dernières années, parce que l'irradiation détériore les aliments et leur fait perdre une partie de leur valeur alimentaire.

Radaelli enfin termine cette étude sur les vitamines par un travail où il approfondit plus spécialement la question ébauchée par Comel, sur la *Vitamine B et le régime hypolipidique dans l'eczéma infantile.*

Cette association lui a donné dans une forte proportion de cas, non seulement la guérison des lésions cutanées, mais aussi une amélioration de l'état général, le traitement étant, en outre, inférieur comme durée dans la proportion de 33 o/o par rapport aux méthodes usuelles de traitement. Ces résultats lui semblent devoir être attribués à une activité aspécifique des vitamines sur le métabolisme cellulaire, avec augmentation des processus d'oxydo-réduction, et par suite, accélération du métabolisme général. Aussi, le traitement vitaminique lui semble-t-il devoir être conseillé dans le traitement de l'eczéma infantile, en l'associant au régime hypolipidique, surtout dans les cas d'eczéma rebelle. Dans les formes suintantes, c'est la vitamine A qui donne les résultats les meilleurs ; la vitamine B réussit mieux dans les formes érythémateuses et infiltrées.

III. — **Valeur clinique des examens du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis**, par le professeur Tommasi.

Le Prof. Tommasi consacre son étude à définir et préciser la question posée et à montrer son intérêt pratique. Le souvenir du regretté Dr Ravaut plane sur un pareil sujet, car c'est lui qui a eu le grand mérite d'avoir été l'initiateur et l'animateur du nombre considérable de travaux et de recherches qui ont été consacrés à cette vaste question. T. rend à sa mémoire le légitime hommage qu'elle mérite, mais cet hommage ne doit pas faire abdiquer les droits de la critique et de la discussion scientifiques et T. se déclare sur certains points en désaccord avec Ravaut, ces divergences portant d'ailleurs plutôt sur des questions de forme, les principes fondamentaux établis par Ravaut demeurant inattaquables. Les considérations exposées par T., intéressantes par leur présentation originale et personnelle et par l'élévation de la pensée scientifique, diffèrent peu néanmoins de ce qui est communément admis, aussi, par souci de brièveté, nous bornerons-nous à en faire mention. Il importe cependant de signaler un point particulièrement important sur lequel l'opinion de T. s'écarte de ce qui est communément enseigné en France et ailleurs. L'École française préconise la ponction lombaire systématique chez tous les syphilitiques et discute seulement sur la date la plus opportune, une ponction trop précoce pouvant donner des résultats positifs dus au passage dans le liquide des réagines du sang, sans que cette positivité ait rien à voir avec la métalues ; une ponction trop tardive risque de révéler des lésions déjà anciennes et incurables. Ravaut conseillait comme date la plus favo-

rable la quatrième année. T. trouve trop absolue l'opinion de l'école française : il conteste l'utilité de la ponction lombaire systématique, d'abord, parce que ce moyen d'exploration n'est pas sans inconvénients et même sans dangers ; ensuite parce que, d'une part, une ponction lombaire positive ne prouve pas nécessairement une atteinte des centres nerveux quand il n'y a aucun signe clinique, d'autre part, quand la ponction est négative, rien n'assure qu'elle ne deviendra pas positive ultérieurement. T. affirme que, toutes les fois qu'il s'est senti « cliniquement tranquille » il a été excessivement rare de rencontrer une ponction lombaire positive ; et toutes les fois que la ponction s'est montrée positive, il a été excessivement rare qu'elle ne coexistât pas avec des signes cliniques, parfois il est vrai très légers, mais qui n'échappaient pas cependant à un examen attentif. Il estime donc que la ponction lombaire ne doit pas être faite systématiquement, mais en corrélation avec la clinique, qu'on doit se guider sur l'examen clinique, en s'aidant au besoin du concours du psychiâtre ou de l'oculiste et que c'est cet examen clinique qui doit dicter les indications de la ponction. Observons que, si la doctrine de l'école française est celle de la ponction systématique, cette doctrine est plutôt théorique et, dans la pratique, la grande majorité des praticiens français suit plutôt les directives indiquées par le Prof. Tommasi.

Ayant ainsi envisagé le sujet à un point de vue synthétique, T. a confié l'étude analytique à son collaborateur Ciambellotti.

Ciambellotti fait une étude systératique de l'*Examen du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis*, en se plaçant sur le terrain *clinique*, conformément au thème proposé. Cette étude est basée sur le dépouillement des travaux et statistiques publiés dans les divers pays, et sur la statistique de la Clinique de Palerme, portant sur 785 cas, dont les caractéristiques essentielles sont condensées dans une série de tables annexées au Rapport. Dans cet important et méticuleux travail, l'auteur passe en revue les différentes méthodes d'examen du liquide céphalo-rachidien qui ont été proposées, faisant la critique de chacune d'elles, séparant celles qui présentent un intérêt pratique de celles qui ne présentent qu'un intérêt de curiosité théorique. Il examine quelle est la *valeur pratique* de l'examen du liquide céphalo-rachidien : 1° comme indicateur de syphilis en activité ; 2° comme indicateur de l'existence de la syphilis nerveuse ; 3° comme indicateur de pronostic ; 4° comme indicateur pour l'interprétation des signes cliniques d'alarme, particulièrement au point de vue du diagnostic précoce de la syphilis nerveuse. Il étudie enfin la signification au point de vue du diagnostic et du pronostic des examens négatifs. Tous ces différents chapitres font l'objet d'une argumentation très serrée, qui échappe à toute analyse et qui doit être suivie ligne par ligne et exige une lecture intégrale. Mais l'idée dominante, c'est que la clinique doit avoir le pas sur le

laboratoire, suivant la conception ci-dessus exprimée du Prof. Tommasi. La ponction lombaire est nécessaire seulement lorsqu'elle est *cliniquement justifiée* ; elle doit être réservée aux cas et aux moments où des faits cliniques, objectifs ou subjectifs, des doutes sérologiques, éveillent quelque soupçon, et apportent l'indication indispensable. Et l'auteur termine son rapport en rappelant ces paroles de Jacobsthal : « Aucune ponction lombaire sans une précise indication, pronostique, sociale et thérapeutique ». BELGODERE.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Recherches sur la réaction de déviation du complément dans la lèpre, par Giovanni BENETAZZO. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. 76, fasc. 1, février 1935, p. 143. Bibliographie.

L'auteur, après avoir rappelé les principaux résultats obtenus par divers chercheurs sur la réaction de Wassermann appliquée à la lèpre, a effectué une série de recherches, dans le but de voir s'il existait des différences dans la quantité de réagines présente dans les sérums W positifs, syphilitiques et lépreux.

Par la méthode des dilutions progressives, il a réussi à établir que le contenu en réagines du sérum du sang lépreux est beaucoup plus grand que celui du sérum syphilitique. Il a constaté, en effet, que dans le sérum syphilitique, la déviation du complément cesse à la dilution de 1/80e, tandis que, pour le sérum lépreux, on peut arriver à la dilution de 1/5.120^{e} avant d'obtenir des réactions négatives.

Dans le but de rechercher la cause de cette différence notable du pouvoir de déviation du complément entre les sérums des deux maladies, l'auteur a effectué la précipitation des globulines des sérums lépreux avec l'acide chlorhydrique, mettant en évidence le rapport intime qui existe entre les anticorps et les globulines.

En effectuant la réaction de déviation du complément avec un antigène extrait des nodules lépreux, la sensibilité est encore plus grande.

Enfin, l'auteur, appliquant la réaction sur le liquide de bulle, a mis en évidence que, entre le pouvoir de déviation du complément du sérum du sang et du liquide de bulle d'un même malade, il n'existe pas de différence. Ce résultat, lui aussi, serait en faveur de l'existence d'un rapport physico-chimique très étroit entre les deux liquides.

BELGODERE.

Sur le comportement du trypan-bleu injecté intradermiquement dans les différentes régions du corps, par Luigi PERRUCCIO. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. 76, fasc. 1, février 1935, p. 171. Bibliographie.

L'auteur expose les résultats qu'il a obtenus en pratiquant des injections intradermiques, dans les différentes régions du corps, d'une solu-

tion aqueuse de trypan bleu. Il conclut en affirmant que le comportement différent des pomphi obtenus avec cette substance colorante dans les différents districts cutanés, trouve une explication dans le degré différent de réaction inflammatoire provoquée dans ces différents districts par l'eau distillée, particulièrement pour ce qui concerne la forme et l'intensité de coloration des plaques, tandis que, pour ce qui concerne la résorption de ces mêmes plaques, doit entrer en cause, outre le phénomène réactif inflammatoire, encore un autre facteur qui nous échappe pour le moment, mais qui est certainement en rapport étroit avec le facteur régional cutané. BELGODERE.

Anémie aplastique par thérapie antiluétique avec tableau hématologique insolite, par Italo LEVI et Giorgio ROBBIA. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. 76, fasc. 1, février 1935, p. 177. Bibliographie.

Les auteurs décrivent un cas d'anémie aplastique à évolution rapide et fatale, qu'ils ont observé chez un luétique, pendant le troisième cycle d'un traitement spécifique mixte, à doses moyennes (Néo U. C. I. et Bi) jusqu'alors toujours bien toléré.

Le patient avait travaillé jusqu'à la semaine qui a précédé la mort et seulement dans les derniers jours il avait constaté un rapide déclin de ses forces, une anémie grave, des gingivorragies et de rares épistaxis. Quelques jours avant la mort, le tableau hématologique fut le suivant : globules rouges, 500.000 ; globules blancs, 2.560 ; polynucléaires et neutrophiles, 68 o/o ; lymphocytes : 30 o/o ; monocytes : 2 o/o ; légère anisocytose et poïkilocytose. Le diagnostic clinique fut confirmé par l'examen anatomo-pathologique de la moelle osseuse jaune, avec de rares foyers rouges, grands comme une tête d'épingle, ceux-ci également avec une réaction faible et déficiente.

Les auteurs discutent le diagnostic différentiel avec les diverses hémopathies et concluent qu'il s'agit d'une anémie aplastique, en dépit des différences du tableau hématologique, qui ne sont certes pas communes dans cette affection, et qui sont dues vraisemblablement au facteur toxique déchaînant inaccoutumé (arsénobenzol) et qui sont explicables, d'une part, par la rapidité de l'évolution, d'autre part, par la possibilité, déjà démontrée expérimentalement, d'une action toxique d'intensité variable, et non toujours contemporaine au préjudice des systèmes érythro-leuco- et plaquetto-poïétiques.

Ils s'occupent enfin de l'étiologie de l'affection, attribuant dans ce cas à l'arsénobenzol une part essentielle dans l'apparition du grave syndrome, attribuant cependant une importance prédisposante notable à divers facteurs constitutionnels.

Ils insistent sur la probabilité que l'action toxique élective sur la moelle osseuse peut être exercée aussi bien par le groupe benzolique que par le groupe arsenical. BELGODERE.

La réaction rapide Cantani (R. R. C.) dans la syphilis, en comparaison avec la Wassermann et la M. T. R., par Rosario GRASSO. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. 76, fasc. 1, février 1935, p. 187. Bibliographie.

La réaction de Cantani est une réaction rapide de floculation pour laquelle il est fait usage d'un groupe de réactifs désignés sous le nom de *Leucophenol*, qui comprend divers constituants : lécithine, cœur de bœuf, cholestérine, alcool phéniqué. La technique de cette réaction ne saurait se résumer.

Les recherches comparatives effectuées par l'auteur ont porté sur un ensemble de 130 sérums, dont 54 appartenaient à des luétiques aux diverses étapes de l'infection, et 76 à des sujets sains, ou atteints d'autres maladies. Il conclut que la R. R. C. se montre moins sensible que la réaction de Bordet-Wassermann et la M. T. R. et que, dans les cas de positivité faible, les résultats se manifestent avec un léger retard. En outre, la R. R. C. a donné un résultat aspécifique dans deux cas de malaria.

Toutefois, en raison de sa facile exécution et de la proportion importante (59,9 o/o) de résultats positifs qu'elle montre dans la syphilis certaine, la R. R. C. peut entrer dans la pratique sérologique de la syphilis, bien entendu à la condition qu'elle subisse des perfectionnements ultérieurs. BELGODERE.

Il Dermosifilografo (Turin).

Alopécie congénitale, par Egidio CAPPELLI. *Il Dermosifilografo*, année 10, n° 3, mars 1935, p. 133, 7 fig. Bibliographie.

Observation d'une enfant de 6 ans, qui, dès sa naissance, présentait une absence totale de poils. La peau du corps était mince, élastique, très sèche, de couleur blanche dans les parties couvertes, pigmentée dans les parties découvertes. Le cuir chevelu, très pigmenté, n'offrait pas l'aspect lisse de la pelade, mais plutôt l'aspect qu'on observe après une épilation par les rayons X ; il était recouvert par un fin lanugo, et, de-ci, de-là, on rencontrait quelques rares poils de développement presque normal, qui se laissaient du reste arracher sans effort et sans douleur. L'enfant était cryptorchide. Rien de particulier dans les antécédents personnels et héréditaires, notamment, aucun cas analogue chez les ascendants et chez les collatéraux.

Au point de vue histologique, le caractère le plus typique était, dans les coupes du cuir chevelu, l'extrême rareté des follicules pilaires : on n'en trouvait pas plus d'un ou deux sur une coupe et la plupart étaient incomplètement développés. Les glandes sébacées étaient également absentes ; par contre, les muscles érecteurs des poils, et les glandes sudoripares étaient bien développés.

Les cas d'alopécie congénitale accompagnés d'examen histologique

ont été rarement publiés ; C. passe en revue les publications histologiques antérieures.

Il fait ensuite une revue générale des cas cliniques qui ont été précédemment publiés. On peut en distinguer deux groupes : 1° ceux où l'alopécie reste définitive ; 2° ceux des enfants qui naissent dépourvus de poils, mais chez lesquels on voit le système pileux se développer par la suite, plus ou moins tard, et d'ailleurs dans ce cas, il advient que ce système pileux est peu développé, d'existence précaire ; et que les poils tombent par la suite. On retrouve parfois dans les antécédents des mariages consanguins, ou le caractère familial de l'anomalie. La syphilis ne paraît jouer aucun rôle.

Tous les cas publiés ne sont pas du reste superposables : il existe diverses variétés d'alopécie congénitale, dont on a proposé diverses classifications. C. donne sa préférence à la classification d'Audry-Besnier : 1° *Alopécies essentielles* ou *primitives*, indépendantes de toute autre affection antérieure, cette classe pouvant du reste se subdiviser en deux sous-groupes : *a*) cas où il y a absence totale de follicules pilaires coexistant souvent du reste avec d'autres anomalies de développement ; *b*) cas où le système pileux, absent à la naissance, se développe ultérieurement, d'une manière plus ou moins complète. 2° *Alopécies secondaires* à un processus antérieur (nævi, aplasie moniliforme, etc...).

L'étiologie est très obscure : on a invoqué les dysfonctions endocrines, les influences héréditaires amenant un trouble de développement ; plus exactement, il s'agirait d'une altération de ces mécanismes complexes qui règlent le développement, la croissance et le renouvellement des poils. Les troubles thyroïdiens ont été surtout incriminés, et plus ou moins aussi toutes les autres glandes endocrines, mais en fait nous ne savons rien de précis.

Le traitement est aussi imprécis et hypothétique que l'étiologie. Au point de vue du pronostic, il ne faut pas se montrer *a priori* trop pessimiste puisqu'on a vu, dans certains cas d'alopécie congénitale, le système pileux se développer tardivement. BELGODERE.

Contribution à l'étude des processus inflammatoires aigus non gonococciques des organes génitaux masculins. Urétrite streptococcique. Orchi-épidipymite par Bacterium coli, par Giulio RADAELI. *Il Dermosifilografo*, année **10**, n° **3**, mars 1935, p. 154, Bibliographie.

L'auteur énumère les diverses variétés possibles d'uréthrites non gonococciques, celles, banales, qui sont un épiphénomène au cours d'affections antérieures connues (par exemple rétrécissement uréthral) ou bien celles qui, au contraire, mettent sur la voie d'une affection locale ou générale ignorée (par exemple les uréthrites des diabétiques).

Il existe aussi des uréthrites dues à des fautes alimentaires, des uréthrites traumatiques (cheval), celles qui sont dues à des excès vénériens, d'autres enfin de cause obscure, comme « l'uréthrite vénérienne asep-

tique chronique de Waelsch », les uréthrites aseptiques de Hissard et Husson, etc...

Mais il existe aussi une variété d'uréthrites septiques, qui sont dues non pas au gonocoque, mais aux germes les plus variés, tels que staphylocoque, streptocoques, pneumocoques, coli, etc... Ces uréthrites sont en général peu connues. Aussi l'auteur a-t-il cru utile de rapporter les cas suivants :

1° Homme de 24 ans qui, 24 heures après un coït suspect, ressent des brûlures dans le canal, accompagnées d'un léger suintement de pus. Les recherches bactériologiques montrèrent la présence d'un diplo-streptocoque Gram négatif, non hémolytique, qui avait les caractères d'un streptocoque *viridans*. Ce microbe, injecté à des animaux par voie sous-cutanée et intraveineuse, ne se montra pas virulent. L'auteur discute la valeur et la signification de ses constatations bactériologiques. On pourrait penser à une exaltation de virulence d'un germe saprophyte préexistant dans l'urèthre du sujet ; R. pense plutôt qu'il y a eu infection consécutive au coït ; il s'agirait donc d'une uréthrite *primitive* à streptocoques ; les uréthrites à streptocoques *secondaires* à une blennorragie sont communes et bien connues, mais les uréthrites primitives sont très rares.

2° Homme de 22 ans qui, à la suite de tentatives prolongées de défloration, présente une infection colibacillaire de l'urèthre, de la vessie, avec orchi-épididymite propagée visiblement par la voie déférentielle. Rien dans l'état du malade et dans ses antécédents ne permet d'attribuer une origine intestinale à cette infection génito-urinaire : tout donne à penser à une origine vénérienne. Cette orchite évolua par poussées récidivantes. Un brillant résultat thérapeutique fut obtenu par la vaccinothérapie anticolibacillaire intraveineuse, ce qui semble bien confirmer l'origine externe de l'infection.

3° Autre cas d'orchi-épididymite colibacillaire chez un homme qui, peu de temps auparavant, avait subi une intervention chirurgicale sur l'anus, pour des hémorroïdes suivie d'une constipation de huit jours, provoquée à dessein par l'opium ; d'où il était résulté une uréthro-cystite, suivie d'une orchite évidemment due à la propagation de l'infection. Évolution de cette orchite par poussées récidivantes, caractère connu de l'orchite dû au colibacille. Contrairement à la précédente, cette orchite se montra très résistante, soit aux traitements locaux, soit à la vaccination intraveineuse. BELGODERE.

Nouvelle contribution à l'étude du pouvoir bactéricide exercé in vitro par l'arsénobenzol sur le staphylocoque pyogène doré, par Giacomo SERRA. *Il Dermosifilografo*, année 10, n° 3, mars 1935, p. 171.

S. continue ses recherches, qui ont pour but de préciser le pouvoir bactéricide de l'arsénobenzol, dont nous avons eu déjà plusieurs fois l'occasion de donner le compte rendu. Rappelons qu'il a choisi comme

germe d'expérience le staphylocoque pyogène doré, vu l'impossibilité d'expérimenter sur le tréponème lui-même.

Dans les expériences précédentes, il préparait un mélange de solution d'arsénobenzol à diverses concentrations et de suspension bactérienne, mélange qui était additionné ou non de sang, de sérum ou d'extraits d'organes. Ce mélange était ensuite placé à l'étuve à 37° pendant un temps d'incubation variable, et ensuite ensemencé.

Dans la nouvelle série d'expériences, S. a adopté une technique un peu différente : mélange de la solution d'arsénobenzol avec du sang ou des extraits d'organes, séjour de ce mélange à l'étuve à 37°, plus ou moins longtemps et, seulement après ce séjour, addition de la suspension microbienne.

Les résultats obtenus par cette nouvelle technique ont confirmé les résultats antérieurs, ils ont montré que l'arsénobenzol conserve toute son activité bactéricide, même au bout de deux jours, et cela aussi bien dans les solutions additionnées d'extraits d'organes, de sorte qu'il est ainsi démontré que les propriétés toxiques de l'arsénobenzol pour les micro-organismes ne sont pas atténuées par des phénomènes d'autolyse ou de fermentation.

Aussi, S. maintient-il les conclusions qu'il avait déjà formulées : 1° le novarsénobenzol exerce *in vitro* une action toxique directe évidente sur le staphylocoque pyogène doré ; 2° l'activité bactéricide est directement proportionnelle à la concentration de la préparation, de même qu'au temps de contact mutuel avec la suspension microbienne ; 3° le pouvoir microbicide de l'arsénobenzol est fortement exalté par l'addition de sang ou d'extrait de foie frais de lapin ; 4° le pouvoir bactéricide du sang ou de l'extrait de foie, en l'absence d'arsénobenzol, s'épuise rapidement, en général au bout de trois heures.

BELGODERE.

Minerva Medica (Turin).

Le bleu de méthylène dans le traitement de la lèpre, par Arturo MIDANA. *Minerva Medica*, année 25, vol. 2, n° 47, 24 novembre 1934.

M. a expérimenté sur sept malades le nouveau traitement de la lèpre par injections intraveineuses de bleu de méthylène, préconisé récemment par Montel, de Saïgon. Il a employé comme lui une solution à 1 o/o, mais n'a pas dépassé 29 centicubes. Les résultats obtenus confirment à peu près complètement ceux de Montel : bonne tolérance du médicament, moyennant quelques précautions (injection lente, etc.), abaissement de la température, atténuation des algies, amélioration de l'état général. Mais surtout, aplanissement rapide des nodules lépreux. Le bleu de méthylène possède un tropisme évident pour le tissu granulomateux du nodule lépreux : ces nodules apparaissent visiblement plus colorés, à tel point qu'on peut ainsi mettre en évi-

dence des nodules dont la présence avait passé inaperçue. M. a fait des expériences sur d'autres sujets atteints de nodules tuberculeux ou syphilitiques et il n'a pas observé la même coloration ; il s'agirait donc d'une véritable action spécifique vis-à-vis du nodule lépreux. Au point de vue bactériologique, sur des coupes de nodules traités, on a pu constater la raréfaction des bacilles, et ceux qui persistaient présentaient des caractères de régression. Par contre, sur les lésions trophiques (ulcères, etc...) où il n'y a pas de tissu granulomateux, le pouvoir colorant, de même que le pouvoir curatif, s'est montré presque nul.

Une communication récente de Nicolas, Massia et Pétouraud semble contredire ces constatations. M. pense que les résultats négatifs obtenus par ces auteurs sont dus au petit nombre d'injections qu'ils ont pratiquées. BELGODERE.

International Journal of Leprosy (Manila).

Le transport du bacille de la lèpre par les insectes (Concerning the carrying of the leprosy bacillus by insects), par Shuzo ASAMI. *International Journal of Leprosy*, vol. 2, n° 4, oct.-déc. 1934, p. 465.

Résumé d'un travail paru en japonais et consacré à l'étude du transport du bacille de la lèpre par les mouches et leurs larves, les puces et les poux.

A. a examiné 4.000 mouches recueillies dans les chambres d'une léproserie ; 5 o/o ont été trouvées porteuses de bacilles. Dans la majorité des cas, les bacilles se trouvaient dans l'intestin et étaient éliminés avec les excreta ; quelquefois, on en trouvait à la surface du corps.

Dans une étude de ce genre, il est indispensable de tenir compte de l'état des malades au voisinage desquels les mouches sont recueillies, du nombre et de l'état des plaies ouvertes et non pansées ; cette remarque explique les écarts qui existent entre les constatations des divers auteurs et justifie les expériences complémentaires qui ont été faites.

Des mouches ont été nourries pendant 12 heures avec des nodules lépreux broyés et mélangés de sirop : 32 o/o d'entre elles excrétaient des bacilles après 24 heures, 15 o/o après 48 heures, 8 o/o après 72 heures, 5 o/o après 92 heures. Les bacilles qui adhéraient à la surface du corps disparaissaient au bout de 3 jours.

L'auteur n'a jamais trouvé de bacilles sur les poux du corps. Les puces ne paraissent guère plus dangereuses : 1,5 o/o seulement sont porteuses de bacilles. S. FERNET.

La transmission possible du bacille de la lèpre par certains insectes (On the potential transmission of B. lepræ by certain insects), par ARIZUMI. *International Journal of Leprosy*, vol. 2, n° 4, oct-déc. 1934, p. 470.

A. a étudié la transmission du bacille de la lèpre par les mouches, les larves, les moustiques et les cafards.

Il a constaté que 24 à 28 o/o des mouches recueillies dans les chambres des lépreux sont porteuses de bacilles. Il en est de même pour un certain nombre de mouches, recueillies dans les locaux administratifs d'une léproserie, à 200 mètres des chambres de malades.

Les mouches nourries avec une émulsion de nodules lépreux pendant quelques heures excrètent des bacilles pendant 72 heures environ, mais surtout après 24 heures. La décroissance rapide de cette élimination paraît prouver que les bacilles ne peuvent pas se multiplier dans l'intestin des mouches ; ils n'y sont, cependant, attaqués par aucune sécrétion.

17 o/o des larves ramassées dans les latrines des lépreux contiennent des bacilles acido-résistants dont l'identité avec le bacille de Hansen reste à prouver. Il est à noter, cependant, que les larves ramassées dans d'autres latrines ne contiennent aucun bacille acido-résistant.

Sur 203 moustiques (*Culex*, *Anopheles* et *Stegomyia*) venant de piquer des lépreux, deux seulement ont été trouvés porteurs de bacilles. Au contraire, 26 o/o des cafards ramassés dans des chambres de grands malades charriaient et excrétaient de nombreux bacilles. Nourris pendant quelques heures avec des matières bacillifères, ils éliminaient des bacilles pendant 94 heures ; ces bacilles n'étaient pas altérés morphologiquement et se coloraient normalement.

Les cafards ainsi que les mouches paraissent donc être des agents possibles de transmission de la lèpre. S. Fernet.

Medycyna (Varsovie).

Recherches expérimentales sur les réactions cutanées dans l'actinomycose, par Tokarski et Landesman. *Medycyna*, n° 3, 7 février 1935, p. 75.

T. et L. poursuivent depuis quatre ans des recherches sur les réactions allergiques dans l'actinomycose. Leurs expériences sont dominées par la parenté biologique entre l'actinomycose et la tuberculose.

Parmi les divers antigènes, préparés suivant les techniques de préparation de la tuberculine, la suspension d'*Actinomyces*, inactivée par la chaleur et additionnée de tricrésol, a donné les meilleurs résultats.

Sur 14 cas d'actinomycose, cet antigène a donné 4 réactions fortement positives, 6 positives, 2 faiblement positives et 2 négatives, ces dernières chez des individus émaciés chez qui un état d'anergie peut être incriminé.

Les réactions apparaissent après 24 heures ; leur durée ne dépasse pas 4 jours. La voie intradermique paraît être la meilleure.

Quelques réactions non spécifiques ont été relevées parmi les cas de contrôle, en particulier chez des tuberculeux ; il se peut qu'elles soient dues à la parenté des deux affections et dans ce cas la tuberculose devra être retenue comme une cause importante d'erreur.

S. Fernet.

Etude fonctionnelle du foie au cours des diverses périodes de la syphilis Influence des médicaments antisyphilitiques sur les fonctions hépatiques, par Organska. *Medycyna*, n° 3, 7 février 1935. p. 85.

O. a recherché l'insuffisance hépatique au cours de la syphilis par l'épreuve de la galactose et l'épreuve de la bile.

Ses recherches lui ont montré que l'atteinte du foie était beaucoup plus fréquente au début de la syphilis que ne le fait supposer l'examen clinique.

Elle a constaté cette insuffisance dans 90 o/o des cas de syphilis primaire à la période séro-positive, dans 92 o/o des syphilis secondaires récentes et dans 61 o/o des cas de syphilis héréditaire.

A partir du quatrième mois de l'infection, l'insuffisance hépatique devient rare au cours de la syphilis acquise ; on ne la constate que chez des individus au-dessus de la quarantaine dans 3 à 6 o/o des cas seulement. L'insuffisance hépatique est constante (100 o/o des cas) au cours de l'érythrodermie post-arsénobenzolique.

A la suite des traitements mixtes par l'arsénobenzol associé au bismuth ou au mercure, le foie est insuffisant dans 23 o/o des cas ; il s'agit là uniquement de malades dont les fonctions hépatiques étaient normales avant le début du traitement. A la suite des traitements par le bismuth seul ou le mercure seul, l'insuffisance hépatique n'a été constatée que dans 4 cas sur 62. Au contraire, tous les malades, syphilitiques ou non, traités par l'arsénobenzol seul, présentent une insuffisance hépatique dès les premières injections.

L'atteinte du foie est donc presque de règle (90 à 92 o/o des cas) à la période de généralisation de la syphilis, pendant trois ou quatre mois.

Parmi les médicaments utilisés, les arsenicaux paraissent être les plus nocifs pour la cellule hépatique ; leur emploi détermine régulièrement une insuffisance hépatique même chez les individus non syphilitiques, ce qui permet d'éliminer l'hypothèse d'une réaction d'Herxheimer.

Il y a lieu d'être prudent dans l'emploi des arsenicaux chez les malades dont les urines contiennent de l'urobiline avant le traitement.

S. Fernet.

Przeglad Dermatologiczny (Varsovie).

Etude de quelques traitements de l'orchite blennorragique, par Tischnenko, Poplawski et Fink. *Przeglad Dermatologiczny*, t. 30, n° 1, mars 1935, p. 6.

Les auteurs comparent les résultats qu'ils ont obtenus dans le traitement des orchites blennorragiques par les divers traitements préconisés : injections intramusculaires d'ichtyol à 2 o/o, radiothérapie superficielle, auto-hémothérapie, solution de lugol *per os*, vaccins antigonococciques, injections d'électrargol, méthode de Bier, etc.

Leur expérience, qui porte sur de très nombreux cas, les amène à

donner la préférence aux injections intramusculaires d'ichtyol. Par ordre d'activité décroissante, ils placent ensuite la radiothérapie, l'électrargol, le lugol, l'auto-hémothérapie. S. FERNET.

Le comportement des globulines du sérum dans la réaction de fixation du complément, par MIENICKI et KRZYWOBLOCKI. *Przeglad Dermatologiczny*, t. **30**, n° 1, mars 1935, p. 18.

M. et K. ont étudié le comportement des globulines des sérums syphilitiques au cours de la réaction de fixation du complément.

Les globulines étaient isolées du sérum au moyen de l'acide carbonique. Le précipité obtenu avec 10 centimètres cubes de sérum était redissous dans 2 centimètres cubes de solution NaCl à 0,9 o/o. Cette solution était utilisée à des taux divers avec l'antigène de Bordet-Ruelens.

Il ressort de ce travail que la fraction globuline des sérums syphilitiques possède le pouvoir de fixer le complément en présence de cet antigène. Lorsque la réaction est faible avec le sérum total, les globulines isolées fixent le complément plus complètement.

Lorsque la réaction est négative avec le sérum total, elle peut être positive avec les globulines seules.

Les albumines du sérum ne s'opposent pas à la fixation du complément ; celle-ci étant fonction des globulines, dépend de leur concentration.

Les globulines isolées du sang hémolysé, ainsi que les globulines desséchées, perdent leur pouvoir de fixer le complément.

S. FERNET.

Contribution à l'étude de l'étiologie de l'angiokératome de Mibelli, par HIRSCH. *Przeglad Dermatologiczny*, t. **30**, mars 1935, n° 1, p. 29.

Sur sept frères et sœurs d'une même famille, six étaient atteints d'angiokératome. La prédisposition constitutionnelle ne fait donc aucun doute et paraît constituée, d'une part, par un déséquilibre endocrino-sympathique et, d'autre part, par une prédisposition aux kératinisations anormales ; on relevait, en effet, dans cette famille plusieurs cas de dystrophies unguéales et de *granulosis rubra nasi*. Le froid intervient comme cause occasionnelle. Cette famille ne paraissait pas être entachée de tuberculose. S. FERNET.

Acta Dermato-Venereologica (Stockholm).

Nouvel appareil pour mesurer les couleurs de la peau (Erythémomètre destiné à l'usage clinique), par Holger EHLERS. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **15**, f. 5, octobre 1934, p. 427, 2 fig.

Description d'un appareil pour mesurer les couleurs de la peau. Il permet de déterminer numériquement les couleurs rouges les plus habituelles de la peau et ce qu'il exprime numériquement n'est que la

quantité de blanc qu'il faut mélanger, dans l'appareil, à une couleur rouge donnée pour la rendre égale à la couleur type.

Olga Eliascheff.

Les maladies cutanées dans la Bouriato-Mongolie et leurs caractéristiques (Die Hautkrankheitein in der Burjato-Mongolei und ihre Charakteristik), par R. Braude et S. Grschebin. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **15**, f. 5, octobre 1934, p. 436.

Les auteurs ont étudié les maladies cutanées en Bouriato-Mongolie (les Bouriates sont un peuple mongolique qui habite la partie Sud du lac Baïkal). Ils ont constaté l'absence presque totale de la calvitie, un grand pourcentage de sujets atteints de pachydermie vorticellée du cuir chevelu. Les formes les plus accentuées de cette affection se rencontrent de 40 à 50 ans. A côté de ces lésions, on constate la présence de taches mongoliques dans 80 o/o des cas chez les enfants jusqu'à l'âge d'un an. Après l'âge de 5 ans, elles sont rares, ainsi que chez les adultes. Elles sont localisées au sacrum, aux fesses et sont de volume et formes divers. Les Bouriates présentent des nodules du pavillon de l'oreille, nodules calcifiés considérés par les auteurs comme une dystrophie. La leucoplasie de la muqueuse buccale est extrêmement fréquente, elle est principalement due au tabac, le traumatisme et la syphilis jouent dans l'apparition de cette lésion un rôle secondaire.

Olga Eliascheff.

Sur un exanthème septique et rare de la peau et des muqueuses; et septicopyohémie. Contribution à l'étude de l'agranulocytose « localisée » (Ueber ein ungewöhnliches septisches Exanthem der Haut und der Schleimhäute; zugleich ein Beitrag zur « lokalen » Agranulocyotse), par Arnold Haend. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **15**, f. 5, octobre 1934, p. 453, 2 fig.

Observation d'un cas de septicopyohémie avec lésions étendues de la peau et des muqueuses. Un homme âgé de 31 ans fut atteint, à la suite d'un eczéma dyshidrosique d'une septicémie avec douleurs articulaires, d'une endocardite et d'une éruption papulo-bulleuse. On constata, même dans les lésions cutanées très jeunes, l'absence presque complète de cellules polynucléaires et ces lésions se transformèrent en ulcérations nécrotiques. La formule sanguine ne montra pas de signes d'agranulocytose et il faut donc admettre dans ce cas une agranulocytose « locale » localisée aux tissus cutané et muqueux. La mort survint sous l'aspect clinique d'une septicémie généralisée avec extension des ulcérations cutanées et surtout muqueuses.

Olga Eliascheff.

De l'eczéma, par Felix Malinowski (Wilno). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **15**, f. 5, octobre 1934, p. 472.

L'auteur aborde la question de l'eczéma à cause de la divergence d'opinions des dermatologistes à ce sujet et il discute les résultats des recherches effectuées dans sa clinique pendant les quelques dernières

années. Il conclut que le système nerveux a indubitablement une énorme importance dans l'apparition de l'eczéma, mais avant tout c'est le système végétatif qui, conjointement avec le système réticulo-endothélial, joue un grand rôle dans le processus de l'immunisation et dans la production de l'allergie. OLGA ELIASCHEFF.

Modifications des nerfs cutanés dans la pellagre (Changes in Skin Nerves at Pellagra), par M. A. ROSENTOUL. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. 15, f. 6, décembre 1934, p. 495, 10 fig.

L'auteur décrit les modifications constatées dans la structure des nerfs cutanés dans la pellagre : irritation nette des fibres nerveuses démontrée par une affinité marquée à l'argent, par un effilochement des fibres et par places par un gonflement fusiforme. Dans les cas de pellagre plus avancée, toutes les modifications sont plus prononcées ; elles sont caractéristiques d'une dégénérescence secondaire des fibres nerveuses et ressemblent à celles des névrites toxiques. Une description analogue des modifications des nerfs périphériques (mais seulement dans certaines parties) a été donnée par Gombault dans les intoxications chroniques et des lésions analogues se retrouvent dans le béribéri et dans les névrites dues au riz décortiqué. L'auteur se prononce en faveur d'une étiologie alimentaire de la pellagre.

OLGA ELIASCHEFF.

Manifestations cutanées diffuses dans la lymphogranulomatose maligne, par Sophie CZÉZOWSKA et Henri MIERZECKI (Lwow). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. 15, f. 6, décembre 1934, p. 501, 3 fig.

Description d'un cas de lymphogranulomatose de Sternberg-Paltauf avec examen histologique des lésions. Une femme âgée de 40 ans présente, au cours de cette maladie, des ganglions médiastinaux, des lésions cutanées diffuses différant quant à la morphologie et à l'évolution des aspects connus de la granulomatose cutanée. Des lésions apparurent sur la muqueuse buccale qui ressemblaient à celles de la peau. De vastes ulcérations siégeaient sur les membres supérieurs et sur le thorax et sur les membres inférieurs. Les ulcérations du thorax et des membres supérieurs disparurent après irradiation des ganglions médiastinaux, les ulcères des membres inférieurs après irradiation de l'abdomen. Une ulcération profonde, dénudant l'articulation tibio-tarsienne résista au traitement par les rayons de Röntgen. L'histologie montra des lésions spécifiques ou non spécifiques de la maladie suivant leur durée. OLGA ELIASCHEFF.

Sur le problème de l'hypersensibilité (Zum Ueberempfindlichkeitsproblem), par S. K. ROSENTHAL. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. 15, f. 6, décembre 1934, p. 514.

Observation d'un cas de dermite scarlatiniforme survenue chez un homme soumis à une insolation intense et ayant absorbé deux jours après le bain de soleil 0 gr. 18 de calomel ; l'éruption apparut 24 heures

après. L'auteur considère cette hypersensibilité comme non spécifique dans le sens immuno-biologique de Bloch et de Doerr.

OLGA ELIASCHEFF.

Ixodes ricinus bien développé sur la verge sans troubles dans des rapports sexuels (Gut entwickelter Holzbock am Glied-ungestörter Geschlechtsverkehr), par Franz GASPAR (Budapest). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. **15**, f. 6, décembre 1934, p. 523, 2 fig.

Un homme de 52 ans a été porteur pendant deux mois d'un *Ixodes ricinus* à la verge sans troubles dans les rapports sexuels.

OLGA ELIASCHEFF.

Istanbul Seririyati (Stamboul).

A propos de la pathogénie et du traitement de l'atrophie du nerf optique dans le tabès. Congrès turc de Neurologie et de Psychiatrie, Stamboul, novembre 1934. *Istanbul Seririyati*. 1935. n° 4, pp. 81-87.

Travail d'ensemble envisageant l'état actuel du sujet. L'auteur mentionne les différents traitements préconisés jusqu'ici, entre autres les injections intracisternales de solution de sublimé et le traitement par impaludation. R. ABIMÉLEK (Stamboul).

Dirim (Stamboul).

L'eczéma des nourrissons ; l'importance de son diagnostic et de son traitement dans la pratique, par Burhan REMZI. *Dirim*, 1935, nos 1-2, pp. 3-25.

Dans ce travail qui s'adresse plutôt au praticien, l'auteur effleure d'une façon concise l'état actuel de nos connaissances sur cette affection.

R. ABIMÉLEK (Stamboul).

La pyrétothérapie dans les affections vénériennes des yeux, par Niyazi Ismet GÖZCU. *Dirim*, 1935. nos 1-2-3, pp. 65-67 et 99-101.

L'auteur a traité avec succès 5 cas d'atrophie spécifique du nerf optique, 2 cas d'ophtalmoplégie et 1 cas de choriorétinite atrophique par des injections de vaccin typhique.

R. ABIMÉLEK (Stamboul).

La curabilité de la syphilis et l'importance de son diagnostic précoce, par M. SAIM *Dirim*, 1935, nos 1-2, pp. 75-77.

Travail de vulgarisation mettant en évidence la grande valeur qu'a le traitement de la syphilis, s'il est appliqué au début de l'infection.

L'auteur signale le rôle que joue l'examen ultra-microscopique dans le diagnostic précoce des chancres et donne quelques détails complémentaires sur sa technique.

R. ABIMÉLEK (Stamboul).

Deri Hastaliklari ve Frengi Klinigi Arsivi (Stamboul).

L'état actuel de la question du pigment cutané, par E. Meirowsky (Cologne). *Deri Hastaliklari ve Frengi Klinigi Arsivi*, 1935, nos 5-6, pp. 501-511.

1° Quant à l'origine du pigment épidermique et celui des cellules ramifiées de l'épiderme : l'auteur a pu démontrer que la peau humaine conservée en chambre humide à une température élevée, produit intensivement du pigment mélanique vrai. Le pigment épidermique ne peut se produire que dans l'épiderme. Des expériences exécutées sur divers sujets ont révélé que les cellules ramifiées prennent naissance dans l'épiderme, et ne dépendent aucunement des cellules du chorion. La même irritation qui conduit à la formation du pigment dans l'épiderme, contribue dans celui-ci à l'apparition des cellules pigmentaires ramifiées.

2° Quant à l'élimination du pigment épidermique et à l'origine du pigment du chorion : le pigment cutané s'élimine normalement en partie avec les couches cornées, en partie aussi en passant dans les ganglions lymphatiques. Les données les plus récentes sur le pigment dénient aux cellules du chorion la propriété de produire du pigment ; d'après ces données, tout pigment provient de l'épiderme. Les petites cellules, sises au sein des papilles, sont considérées comme des « chromatophores » et pas comme des mélanoblastes. Le pigment des ganglions lymphatiques s'élimine par la voie des vaisseaux lymphatiques.

3° Quant à la dopa-réaction et à sa valeur. Phases préliminaires du pigment : d'après Bloch, Schaaf, etc., la dopa-réaction serait absolument spécifique. Bloch voit dans la dopa-oxydase le vrai ferment engendreur de la mélanine. Il est très difficile de se prononcer sur les bases des nouvelles données sur le fait de savoir si la dopa-réaction est une réaction de fermentation au sens ancien du terme. L'oméga a une action accélératrice sur le processus pigmentaire de la peau. Tous les auteurs cherchent la substance première du pigment dans les dérivés de la tyrosine. Le processus de développement amenant à la formation du pigment s'effectue dans l'organisme en partant de substances premières diverses et en suivant des voies et des localisations différentes.

4° La formation pigmentaire est-elle humorale ou cellulaire ? Les dernières constatations ont donné une nouvelle preuve expérimentale en faveur de la production autochtone du pigment et de ses phases préliminaires dans la cellule même.

5° Quant à la question de la production de la mélanine dans les particules du noyau : d'après Rössle, une particularité remarquable consiste dans le détachement de particules nucléolaires du noyau et dans leur transformation en pigment au sein du protoplasma. Les recherches de l'auteur ont relevé dans le noyau une accentuation de substance colorée en rouge par la pyronine, au cours de la formation du pigment.

R. Abimélek (Stamboul).

Bulletins de la Société turque de Médecine (Stamboul).

Syphilis de l'œsophage, par I. Hanif. *Bulletins de la Société turque de Médecine*, 1935, n° 4, pp. 144-201.

Les films présentés par l'auteur appartiennent à une femme de 24 ans qui, sans cause traumatique ou caustique, a commencé à souffrir de dysphagie pour les aliments solides. L'examen radiologique révèle un rétrécissement du bout gastrique de l'œsophage sur une longueur de 10 centimètres. La partie rétrécie est entourée d'ombres en forme de niches rondes, dont quelques-unes sont enclavées dans l'ombre de l'œsophage. Les niches correspondent vraisemblablement à des ulcérations. Une de celles-ci, perforée, laisse couler le baryum en forme de filet, ce filet se bifurquant avant d'arriver au diaphragme et descendant jusqu'au médiastin.

Le Wassermann, le Kahn et le Hinton sont fortement positifs. La malade est soumise à un traitement spécifique.

R. Abimélek (Stamboul).

Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii (Moscou).

Documents pour la tuberculose des muqueuses de la cavité buccale (Forme miliaire ulcéreuse de Jarisch), par Plotkina. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 6, 1934, pp. 511-518, avec 2 photographies et une microphotographie.

Après une revue succincte des données bibliographiques, l'auteur aborde la description de 10 cas de tuberculose miliaire des muqueuses observés de 1923 à 1929 à l'Institut Vénérologique d'État à Moscou. Ils concernaient tous des hommes de 20 à 59 ans, exerçant différentes professions et présentant une tuberculose pulmonaire avancée. Les muqueuses avaient été atteintes dans des délais de 2 mois à 2 ans, mais les malades n'avaient consulté que lorsque les ulcérations étaient devenues douloureuses. Sauf dans un cas, la tuberculose des muqueuses a débuté après celle des poumons. Presque dans tous les cas, les malades rattachaient le début de l'affection à la lésion de la muqueuse par le bord aigu d'une dent. Dans 7 cas, la lésion a été prise pour syphilitique et les malades ont été soumis à un traitement spécifique qui est resté inopérant. La séro-réaction de Bordet-Wassermann a été trouvée négative chez tous les malades. Pourtant, l'image clinique de la lésion était caractéristique avec ses bords polycycliques, festonnés, son fond granuleux, purulent, avec localisation sur la muqueuse des joues, sur la ligne interdentaire et propagation ultérieure vers les gencives et les commissures buccales. Dans un cas, il y avait empiètement sur le bord muqueux de la lèvre. La langue était atteinte sur ses faces latérales, le processus s'étendait à sa face intérieure et à la face interne des gencives. Dans un cas, la tuberculose miliaire était située sur la

ligne médiane de la langue, sous la forme d'une fissure profonde. Dans un cas, la lésion était localisée à la cloison nasale, à l'entrée du nez, sous forme d'ulcération profonde à fond granuleux atone, recouvert de croûtes. La muqueuse nasale restait intacte, séparée de la peau par une ligne infiltrée et hyperémiée. Le transport de l'infection avait été fait par le mouchoir où le malade crachait.

La biopsie montrait soit un tissu granuleux non spécifique, soit des tubercules épithélioïdes avec des cellules géantes. Dans tous les cas, les tissus collagène et élastique ne s'étaient conservés que sous forme de débris. Les bacilles de la tuberculose se trouvaient tant dans les parties nécrosées que dans les cellules géantes.

La réaction de Pirquet était négative dans 8 cas et positive dans 2 cas.

Sauf 3 cas disparus de l'observation, les 7 autres cas dirigés aux établissements antituberculeux aux fins du traitement de leur tuberculose pulmonaire y sont décédés au bout de délais variables. A l'autopsie, on a trouvé des lésions vastes des poumons, de l'intestin, des reins, des méninges, de la vessie, etc. BERMANN.

Documents pour la dermatoscopie, par E. I. SOROCA *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 6, 1934, pp. 519-525, avec 7 figures en couleurs hors texte.

Les recherches dermatoscopiques de l'auteur ont été faites sur 170 malades, et sont au nombre de 300.

Les examens faits sur des personnes à peau normale montrent l'image capillaroscopique suivante : les capillaires rouges ou rose-rouge reposent sur un fond jaunâtre ou rose divisé par des bandes claires en champs triangulaires ou rhomboïdes. Ces champs montrent les sommets des anses capillaires sous formes de points, virgules, crochets, etc... Les anses capillaires des papilles profondes se présentent seulement sous l'aspect de petites taches rosées. Parfois, les artérioles et les veinules profondes sont visibles. La circulation capillaire est très rapide. La dermatoscopie du psoriasis montre l'absence de champs rhomboïdes. Le fond de l'image présente des couleurs variables, depuis le rose pâle jusqu'au violacé, avec des anses capillaires disséminées comme sur un ciel étoilé, la forme des anses étant la plus bizarre et la plus riche, par exemple, en S, en clé de violon, en 8, en fer à cheval, etc. En cas de processus récent, les anses capillaires possèdent des contours nets ; en cas de processus chronique, les anses sont troubles, le courant sanguin ralenti. La partie veineuse de l'anse montre même des dilatations anévrysmales.

Dans le lupus vulgaire, on remarque sur un fond rose-rouge des ramifications arborescentes, le centre donnant l'impression d'un endroit plus profond où se fait l'anastomose des branches les plus fines. Le sang va plus ou moins rapidement, avec stagnation par places.

Dans le lupus tumidus, le fond est rouge intense, les anses sont larges et le réseau des ramifications à contours flous, à courant sanguin

imperceptible. Ce tableau est caractéristique du stade de développement d'un tubercule.

Dans le lupus érythémateux, le champ visuel est couvert de cercles plus ou moins grands et plus ou moins abondants qui représentent les orifices dilatés des glandes sébacées. Autour d'eux se trouvent des vaisseaux disposés en poutres larges dont les bouts semblent coupés. Le sang y circule rarement.

Dans la roséole, le dessin capillaroscopique est celui de la peau normale.

Dans la syphilis papuleuse, le fond variable contient des anses capillaires abondantes dont les sommets sont dirigés vers le centre de la papule. Le sang circule rapidement.

Dans la syphilis psoriasiforme, l'image rappelle celle du psoriasis.

Dans la syphilis tuberculeuse, on constate la disposition des anses en rangées parallèles, mais le courant sanguin y manque. Avec le traitement, on remarque la disparition des anses et l'apparition du sang avant leur effacement.

Dans l'acrodermatite chronique atrophiante, on voit un ou deux réseaux vasculaires superposés composés des vaisseaux plus larges anastomosés par des vaisseaux plus étroits. Il y a aussi des anses isolées sans rapport avec les réseaux. Le fond est rouge ou violacé, le sang circule lentement.

La tuberculide papulo-nécrotique laisse voir des anses capillaires orientées vers le centre nécrotique. Ces anses sont en forme d'épingle à cheveux ou tortueuses, le sang circulant lentement.

Dans le lichen plan, les anses ressemblent à des épingles à cheveux dont les sommets sont dirigés vers le centre de la papule.

Dans l'acné rosacée, autour des follicules dilatés se trouvent des capillaires fins amorphes, rarement des anses. Les intervalles dilatés entre les follicules prouvent une dilatation du plexus sub-papillaire.

En somme, la capillaroscopie est en train d'accumuler des faits et permet déjà d'espérer qu'elle sera une méthode diagnostique et pronostique dans un avenir rapproché. BERMANN.

Les affections des os dans la pyodermite chronique, par S. A. GLAUBERSON. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 6, 1934, pp. 525-530, avec 2 radiographies hors texte.

Après des considérations générales sur le rôle des microbes pyogènes, la pyodermie aiguë et surtout chronique, l'auteur rapporte deux cas personnels de pyodermie chronique ulcéreuse et profonde avec ostéopathie pyogénique.

Dans le premier cas déjà publié (*Dermatologische Wochenschrift*, Bd. **88**, p. 497), il s'agit d'une jeune fille de 20 ans malade depuis l'âge de 8 ans et présentant à la jambe gauche 5 ulcères de dimensions différentes, à forme irrégulière, à bords minés et rose violacé, abondamment purulents. A la jambe droite, on trouve une vaste cica-

trice atrophique avec un rebord brun bleuâtre. Bordet-Wassermann négatif. L'ensemencement du pus montre le staphylocoque blanc. La culture du sang est négative. La biopsie montre, dans le derme, des vaisseaux dilatés et une infiltration à petites cellules, emprisonnant des fibroblastes et des cellules épithélioïdes. La radiographie de la jambe gauche montre une ostéo-périostite chronique du tibia et du péroné. Par l'emploi de pommades quelconques, les rayons ultra-violets et l'autovaccin, les ulcères de la jambe ont guéri et le bon état s'est maintenu durant les 6 ans d'observation ultérieure.

Le second cas, encore inédit, se rapporte à un jeune ouvrier de 18 ans présentant depuis 15 mois des ulcères des deux jambes rebelles à tout traitement. L'anamnèse montre qu'il avait eu dans l'enfance des pustules de la région lombo-fessière. Il y a 2 ans, le malade est brûlé à la jambe droite par une éclaboussure de métal fondu, mais la brûlure guérit rapidement. Au bout de 6-7 jours, apparition de pustules à la jambe droite ; il y a 6 mois, des pustules sont survenues à la jambe gauche ; puis tous les téguments se sont couverts de pustules, il y a 3-4 semaines.

On constate que la jambe droite est plus épaisse que la jambe gauche. Les lésions cutanées sont généralisées à tout le corps et sont polymorphes. Aux jambes et aux genoux, on aperçoit des cicatrices atrophiques à rebord violacé. La peau qui présente des nuances allant du rose pâle au brun, est couverte d'ulcères de grandeurs diverses, de formes variables, à bords infiltrés, surélevés, à fond purulent ou couvert de croûtes. Le pubis, l'abdomen, la face, le dos sont couverts de pustules, de vésicules, de folliculites, d'éléments acnéiformes et de comédons, ainsi que de croûtes.

Forte adénopathie inguinale et crurale, mais indolore.

Organes internes, rien de particulier. Bordet-Wassermann et Pirquet maintes fois négatifs.

La radiographie de la jambe droite montre une ostéo-périostite tibiale et péronière.

Les recherches bactériologiques sur les lésions pyodermiques montrent la présence du staphylocoque blanc. L'intradermo-réaction avec l'autovaccin est positive. Le Bordet-Gengou avec l'antigène staphylococcique est négatif. L'étude histologique décèle des modifications profondes de toutes les couches cutanées.

Les compresses à l'alcool au sublimé guérissent les ulcérations en 6 semaines, laissant des cicatrices atrophiques déjà ci-dessus décrites.

En analysant les lésions osseuses du type ostéo-périostite, l'auteur montre que dans le second cas, elles étaient moins prononcées. Dans les deux cas, le périoste était soulevé et en partie ossifié. Ces signes doivent être distingués de la syphilis et de la maladie de Paget, mais cette distinction est aisée. L'ostéopathie pyogénique est une entité indépendante, distincte et originale. BERMANN.

L'albichtol, son pouvoir bactéricide, son action sur la peau saine et son application dans les affections cutanées, par W. L. Althausen et Z. A. Kristanoff. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 6, 1934, pp. 530-537.

L'odeur désagréable et la couleur noire de l'ichtyol qui salit les téguments et le linge ont obligé une série de chimistes à rechercher son principe actif pour écarter par cela même ses qualités négatives. Le Prof. Berkenheim a préparé, en Russie, l'albichtol qui présente un mélange de plusieurs thiophènes avec des hydrocarbures saturés, ces derniers d'ailleurs inoffensifs, ne pouvant que difficilement être séparés des thiophènes qui sont le principe actif de l'ichtyol. L'albichtol se distingue de l'ichtyol par l'absence des sels sulfo-ammoniacaux. Il y a plusieurs variétés d'albichtol : le n° 1 est préparé à l'aide de permanganate de potasse, le n° 2 à l'aide de chlorure de chaux et contient 1,3 o/o de chlore, le n° 3 contient 4 o/o de chlore, ces deux variétés sont un peu jaunâtres, le n° 4 est préparé à l'aide de l'oxygène de l'air et a une mauvaise odeur. L'albichtol est un liquide huileux soluble dans la vaseline, la lanoline, les huiles d'olive, l'alcool, l'éther, la benzine, donnant une émulsion avec la glycérine et les savons de potasse et autres.

Les auteurs ont essayé les propriétés bactéricides de l'albichtol sur des cultures de staphylocoques blanc et doré, de streptocoque non hémolytique et de bacille paratyphique. En comparaison avec l'ichtyol noir qui n'a pas empêché le développement du staphylocoque blanc, l'albichtol n°s 1, 2 et 3 se sont montrés plus bactéricides. C'est le n° 3 qui est le plus bactéricide en général, puis viennent le n° 2 et le n° 1.

L'action de l'albichtol sur la peau saine a été essayée sur la peau de 111 personnes âgées de 14 à 60 ans et à qui on a fait 588 épreuves cutanées à l'aide de scarifications et de gouttes de solutions diverses d'albichtol. Les solutions alcooliques au-dessous de 50 o/o ne provoquent aucune réaction. A 50 o/o, l'albichtol produit un léger érythème. A l'état pur, l'albichtol provoque des réactions différentes, allant d'une faible rougeur à une dermite bulleuse. C'est le n° 4 qui s'est montré le plus actif, puis vient le n° 1, ensuite le n° 3 et le n° 2. Le n° 3 ayant une forte proportion de chlore n'est pas pour cela le plus irritant. Tous les numéros d'albichtol se sont montrés plus actifs que l'ichtyol noir.

Quant à l'action sur diverses dermatoses chez 71 sujets, les auteurs notent une action antiprurigineuse, calmante, antiphlogistique et antiseptique dans les eczémas séborrhéiques. L'albichtol était employé aux concentrations de 2 à 15 o/o.

Dans les ulcères variqueux et l'ecthyma, l'albichtol à 10-15 o/o a exercé un bon effet cicatrisant et calmant, surtout le n° 3.

Il en était de même dans les furoncles, pyodermites (pommades à 10-15 o/o), la gale (30 o/o) et les bubons chancrelleux (compresses à 30 o/o). Partout, l'effet résorbant et analgésique a été très marqué. Les auteurs concluent à la nécessité d'un emploi large de l'albichtol en dermatologie. BERMANN.

Recherches dans le domaine des préparations chimiothérapeutiques de bismuth, par W. A. IZMAÏLSKY et W. N. DOBRONRAVOFF. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 6, 1934, pp. 538-541.

Les auteurs ont expérimenté plusieurs préparations de l'acide monotartrobismuthique. Pour le même produit (les auteurs expérimentent un sel sodique, le « Bi 39 ») le solvant joue un rôle considérable. En solution de sucre à 50 o/o, la préparation est instable et ses injections sont douloureuses, laissant des indurations. Les suspensions huileuses provoquent des réactions locales en rapport avec l'huile employée. Les huiles végétales donnent des suspensions plus homogènes et mieux supportables que les huiles minérales. D'autre part, les réactions des malades sont variables non seulement chez différents malades, mais même chez le même malade avec la même préparation. BERMANN.

Contribution à la clinique et à l'évolution des formes rares de pyodermites dans le bas âge (Ecthyma térébrant), par S. L. LIBERMANN. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 6, 1934, pp. 570-572.

Le malade de l'auteur est un petit garçon de 14 mois, né à terme de parents bien portants. Son affection a débuté il y a un mois et demi par l'apparition d'une petite vésicule claire au cuir chevelu. Après l'ouverture de cet élément et son onction avec une pommade faites dans une consultation pour enfants, la lésion s'est mise à s'ulcérer en profondeur et en largeur. Depuis une semaine, le cuir chevelu est couvert par d'autres petites pustules qui s'ouvrent et s'ulcèrent spontanément.

L'enfant est un rachitique hypotrophique, ayant une polyadénopathie indolore, mobile et généralisée. Hypertrophie du foie. Bordet-Wassermann négatif à deux reprises.

Le cuir chevelu présente des ulcères de dimensions différentes, à bords minés, surélevés, à fond purulent. L'ulcère primordial est profond, allant jusqu'à l'os et du diamètre d'une pièce de 5 francs en argent.

En plus des compresses au permanganate, puis au rivanol, l'on a institué un traitement réconfortant général (huile de foie de morue, beurre, œufs, lait) et le grand air. L'enfant a pris de l'embonpoint et s'améliorait, mais un abcès de la fesse a nécessité un redoublement de soins. Finalement, toutes ces lésions ulcéreuses profondes ont guéri et l'enfant a quitté le service, en très bon état général et local.

BERMANN.

Les micro-traumatismes et la production des pyodermites dans le machinisme industriel, par M. I. Père, B. M. Pachkow, S. S. Chadkhankatx et W. J. Feldmann. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 7, 1934, pp. 589-598.

En 1933, les auteurs ont étudié la morbidité pyodermique chez les différents ouvriers d'une usine d'appareils de chauffage. Après avoir suivi tous les procédés de fabrication, ils ont examiné 419 ouvriers appartenant aux groupes les plus exposés aux traumatismes. Après dix journées de travail, 80 ouvriers ont été examinés à nouveau afin de relever les suites des traumatismes et la marche des pyodermites.

Les grands traumatismes (macro-traumatismes) entraînant une incapacité temporaire de travail étant mis à part, on a constaté chez 75,7 o/o des ouvriers l'existence de petits traumatismes (micro-traumatismes) ne provoquant pas immédiatement de perte temporaire de la capacité de travail. Les micro-traumatismes comprennent des petites brûlures, des petites lésions mécaniques de la peau (plaies, coupures, fissures), des petites solutions de continuité souvent imperceptibles (égratignures, contusions, rhagades, etc.).

Les grands et les petits traumatismes créent des portes d'entrée à l'infection pyogène et favorisent l'apparition de pyodermites variées allant de l'impétigo superficiel aux abcès profonds.

Parmi les 419 ouvriers examinés, 45 (10,7 o/o) ont présenté des pyodermites localisées aux régions traumatisées et 13 (31 o/o) étaient porteurs de pyodermites dont la localisation n'était pas en relation avec des traumatismes. La pyodermite a donc été constatée chez 58 ouvriers (13,8 o/o des ouvriers examinés). Dans 22,4 o/o, les pyodermites ne sont pas consécutives aux traumatismes. Les 45 cas de pyodermites ont été consécutifs à 317 cas de traumatismes divers (14,2 o/o). Les pyodermites ayant entraîné une incapacité temporaire de travail étaient au nombre de 27,2 sur 100 ouvriers. La durée moyenne de l'incapacité de travail a été de 8,4 jours (en tout 225,3 journées).

Au point de vue clinique, les 45 pyodermites observées à la suite de traumatismes industriels, se divisent ainsi : impétigo (9 cas), furoncles (11 cas), abcès (12 cas) et ulcères aux endroits brûlés (13 cas). Les 13 pyodermites non liées à des traumatismes industriels sont constituées par des furoncles.

Les micro-traumatismes des doigts comptent pour 42,2 o/o de tous les traumatismes enregistrés. Dans 77,4 o/o des cas, cette localisation est consécutive à des micro-traumatismes mécaniques et seulement dans 3,2 o/o à des brûlures. 29,5 o/o des cas de brûlures sont localisés aux avant-bras qui ne sont jamais traumatisés par des agents mécaniques. Dans 24,8 o/o, les brûlures siègent aux pieds. Les traumatismes fissuraires sont le plus souvent consécutifs aux callosités professionnelles des ouvriers. Les brûlures se compliquent de pyodermites dans 20 o/o des cas, les petites lésions mécaniques de la peau dans 14,5 o/o et les lésions insignifiantes de la peau dans 8,7 o/o.

Les pyodermites se forment soit à la suite de la négligence dans le traitement des traumatismes, soit à la suite d'une consultation trop tardive, soit à la suite d'un traitement irrationnel. Ainsi, le rôle des petits traumatismes cutanés est-il hors de doute dans l'éclosion des pyodermites chez les ouvriers industriels. BERMANN.

Sur certaines dermatoses observées chez les ouvriers agricoles pendant les saisons des semailles et de la récolte, par M. D. WEISSER. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 7, 1934, pp. 598-602.

L'auteur a observé quelques dermatoses chez les ouvriers agricoles travaillant aux champs. En avril-juin, durant les périodes des semailles et du sarclage, sous l'effet de l'insolation prolongée et intense, on observe des photo-dermatoses comme la dermatite solaire, la cheilite, etc., consécutives à l'action des rayons chimiques du soleil.

Les dermatites solaires s'observent principalement au cours du mois de mai et dans la première moitié de juin, surtout chez les femmes dont les extrémités inférieures sont plus exposées à la lumière solaire, car les hommes portent des pantalons. Ce sont surtout les jambes, les pieds, les mains, puis le cou et la face qui sont atteints. Dans les cas légers et moyens, la rougeur, le gonflement et l'endolorissement des parties affectées empêchent peu le travail. Mais dans 21 cas (19 femmes et 2 hommes), la peau enflammée, rouge, douloureuse, était couverte de bulles et de phlyctènes volumineuses, les malades avaient une température de 38° et dans 5 cas, il y eut en plus une diarrhée sanguinolente. Dans une cas, survint une complication sous forme de phlegmons qu'on a dû inciser.

La cheilite actinique localisée au bord rouge de la lèvre inférieure est due non seulement à la lumière solaire, mais aussi à l'action simultanée du vent et de la poussière. La lèvre inférieure se dessèche, se fissure, desquame, saignote, s'excorie et se couvre de croûtes, les douleurs entravant la parole, le rire et l'alimentation. Les 28 cas observés ont été rebelles au traitement et ont duré de 1 à 2 semaines à 3 et 4 mois, selon la gravité.

Pendant la période des récoltes, on a noté un impétigo streptococcique localisé aux jambes et aux pieds, surtout chez les lieurs de gerbes et les faucheurs, dont les égratignures et les écorchures s'infectent et se couvrent d'éléments polymorphes évoluant simultanément : vésicules, bulles, phlyctènes remplies de pus liquide jaune clair et entourées de peau saine. Après la déchirure des phlyctènes, on aperçoit un fond rouge et lisse. Le pus peut se concréter en une croûte centrale qui décolle l'épiderme et produit des disques annulaires. Le fond des bulles peut se nécroser et les bulles peuvent même contenir du pus mêlé à du sang. Les jambes présentent alors un œdème empêchant la marche. C'est à la même catégorie d'affections qu'appartiennent les panaris aux doigts des mains. L'auteur a observé en tout 33 cas d'atteinte

streptococcique de la peau, le plus souvent chez des femmes dont les téguments sont plus vulnérables.

En automne, l'auteur a observé chez 66 ouvrières s'occupant au piochage, de la sécheresse et des rhagades de la peau des mains, ainsi que des callosités et des durillons à la racine des doigts. Toutes ces ouvrières travaillaient à ramasser les betteraves, à les nettoyer de leur terre et à en couper les racines et les feuilles avec un couteau. Durant ce travail, le suc de betterave éclabousse le dos des mains et parfois des avant-bras. La peau humectée, macérée se dessèche sous l'action du vent et se fissure, principalement aux endroits où elle adhère à l'os ou aux plis cutanés. Les rhagades vont souvent jusqu'au sang. Les callosités et les durillons de la paume de la main sont dus au couteau dont le manche exerce des pressions prolongées et répétées aux mêmes points.

A titre prophylactique contre les dermatites solaires, l'auteur préconise la protection des parties découvertes par les habits, puis les onctions avec des corps gras. Contre la cheilite, il indique également l'application de graisses sur les lèvres. Contre les streptodermies, une propreté rigoureuse et le badigeonnage des égratignures au vert de brillant à 1 o/o et à la pommade au précipité jaune et à l'oxyde de zinc. Contre la sécheresse et les rhagades, des lavages et des onctions des mains avec des corps gras. BERMANN.

Sur l'étiologie des « nodules des trayeurs », par I. A. TZEITLINE. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 7, 1934, pp. 602-605.

La malade observée par l'auteur était une ouvrière travaillant à traire des vaches d'une ferme depuis 1 mois et demi. Elle présentait au dos des mains, aux espaces interdigitaux, aux faces latérales des doigts des nodules indolores ayant de 7 à 15 millimètres de diamètre, arrondis et non adhérents aux plans sous-jacents. Au début, ces nodules étaient rose pâle, denses et rappelaient des bulles, mais ils ne contenaient pas de liquide, la peau soulevée couvrait une surface papillaire rouge. Dans la suite, ces nodules se sont élargis, devenant violacés, à centre déprimé, ombiliqué et leur périphérie se cernant d'un rebord rose. L'affection avait débuté au bout de 5 jours après le dernier trayage. La malade a eu dans l'enfance la variole naturelle, plus tard elle a été vaccinée. Au bout de 4 semaines, les nodules ont guéri, laissant une légère pigmentation. L'examen des autres trayeuses de la ferme a permis de déceler encore quelques cas de nodules localisés aux mains. Dans un cas, les nodules siégeaient aussi au menton. Les vaches, tout en étant en bon état général, présentaient aux mamelles et aux pis une éruption cutanée spécifique qui se répétait épisodiquement.

L'auteur conclut que les « nodules des trayeurs » sont assez rares et qu'ils dépendent étiologiquement de la zoonose des vaches qui est une paravaccine encore peu connue en Russie. L'étude de la paravaccine est encore peu avancée. Il conseille d'isoler les vaches malades et de les faire traire seulement par des trayeurs malades, à moins que

le trayage soit mécanisé, autrement, une épidémie peut se répandre entre les hommes. Avant et après le trayage, il est indispensable de faire laver soigneusement les mains au personnel trayant.

BERMANN.

Matériaux pour l'étude de la réactivité de la peau au cours de la syphilis, par H. M. MARCUS, K. A. MOSKWINE et B. B. HEFT. *Sovietsky Vesnik Venerologii i Dermatologii*, n° 7, 1934, pp. 605-613.

Après quelques remarques générales sur l'étude des phénomènes allergiques de la peau chez les syphilitiques au moyen des injections intracutanées des antigènes spécifiques (luétine) et non spécifiques (tuberculine, lait, sérum de cheval) et la description de la méthode employée dans leurs expériences personnelles, les auteurs exposent les résultats qu'ils ont obtenus chez 379 syphilitiques aux différentes périodes de la maladie et 73 sujets non syphilitiques servant de témoins, dont 41 sains et 32 porteurs de bubons chancrelleux.

Les recherches des auteurs démontrent ceci : parallèlement à l'allergie spécifique se développe aussi chez les syphilitiques une allergie non spécifique, polyvalente, une hétéro-allergie qui prouve l'existence d'une allergie spécifique de la peau envers un antigène spécifique. Le pourcentage des tests cutanés positifs dans la syphilis s'élève progressivement depuis la syphilis primaire (14,3 o/o) jusqu'à la syphilis latente tardive (59 o/o), puis décroît graduellement à partir de la syphilis gommeuse (53,1 o/o) jusqu'au tabès dorsalis (49 o/o). Mais il importe de ne pas limiter l'étude seulement à la statique des réactions cutanées, car dans beaucoup de cas, la réaction cutanée, négative la première fois, se montra positive à l'épreuve suivante pratiquée au bout de 5-7 jours (allergie ralentie ou retardée de Gougerot). La transformation d'une réaction cutanée positive en négative n'a été enregistrée que très rarement (4 cas en tout). C'est la syphilis tertiaire qui donne le plus grand nombre de cas à réactions retardées, ce nombre dépassant le total des cas de la syphilis primaire, secondaire et latente pris ensemble. Si l'on additionne ces cas retardés, on constatera que les syphilitiques tertiaires présentent dans 70 o/o des cas, des tests cutanés positifs. Ces résultats confirment donc le caractère hyperallergique de la syphilis tertiaire. Dans la syphilis nerveuse, la quantité de réactions positives retardées est moindre que dans les autres formes tardives se rapprochant des formes précoces ; le tabès dorsalis n'a pas fourni de grande différence en comparaison avec la syphilis cérébrale et cérébro-spinale, en différant peu dans les réactions positives primitives et n'en différant pas du tout dans les réactions retardées. Ceci se trouve en opposition avec cette affirmation des auteurs que la métasyphilis est une forme anallergique de la maladie. L'étude de la dynamique des réactions cutanées à toutes les périodes de la syphilis montre que l'allergie est surtout marquée dans la syphilis tertiaire, puis dans la syphilis latente tardive, la syphilis secondaire récidivante ; viennent ensuite le

tabès dorsalis, la syphilis latente précoce, la syphilis cérébrale et cérébro-spinale, la syphilis secondaire récente et le chancre induré. Il est intéressant de noter qu'en comparaison avec les hommes, les femmes présentent un pourcentage élevé de réactions cutanées positives et c'est aux dépens des résultats obtenus chez les femmes qu'on enregistre l'hyperallergie dans la période tertiaire. Cette hypersensibilité cutanée de la femme est certainement en rapport avec l'allure plus bénigne de la syphilis chez elles. Quant à la thérapeutique, il est difficile d'affirmer catégoriquement qu'elle influe sur les réactions cutanées, mais il faudrait les suivre durant l'évolution de toute l'affection chez de nombreux malades, afin de se faire un jugement définitif. Il est aussi impossible de constater l'effet des réactions cutanées itératives et à doses croissantes sur les accidents cliniques et la sérologie du sang et du liquide céphalo-rachidien. Il ne faut pas attribuer de valeur particulière aux réactions cutanées au point de vue diagnostique ou pronostique, mais il est très utile de les pratiquer durant toute la maladie et d'en suivre les résultats, car ils montrent l'état immunobiologique de l'organisme, il faut toutefois prendre aussi en considération le sexe, l'âge, les particularités constitutionnelles, sociales et hygiéniques de chaque malade. BERMANN.

Contribution à l'étude clinique des complications dans l'érythème polymorphe exsudatif, par R. P. SPÉCTOROFF. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 7, 1934, pp. 613-616.

Se basant sur l'expérience clinique personnelle de 3 dizaines de cas d'érythème polymorphe, l'auteur déclare qu'il en existe une variété présentant tous les caractères d'une maladie infectieuse. Elle atteint principalement les sujets adultes et dure de 3 à 8 semaines et même jusqu'à 3 mois, en cas de complications. La maladie évolue d'une manière aiguë, avec de la fièvre, des myalgies, des arthralgies, des troubles gastro-intestinaux, une augmentation de volume du foie et de la rate. L'éruption se localise non seulement aux téguments cutanés, mais aussi aux muqueuses et même aux séreuses.

L'auteur rapporte 4 cas personnels d'érythème polymorphe compliqué, à localisation très rare dans le premier cas. Chez un homme de 44 ans, apparut le 19e jour de la maladie, un ulcère de la cornée. Dans le deuxième cas, une jeune fille de 18 ans, se plaignit au 9e jour de la maladie de douleurs du côté droit et l'auteur croit qu'il s'agissait d'une éruption pleurale ne pouvant se manifester par des signes physiques à la percussion ni à l'auscultation.

Les 3e et 4e cas concernaient des femmes de 21 à 56 ans, qui dès le 42e et 21e jour de l'affection présentèrent une invasion brusque de phénomènes méningés avec rigidité de la nuque, exagération des réflexes, etc., le liquide céphalo-rachidien présentant des réactions caractéristiques. L'état des malades subissait des améliorations et des aggravations, les ponctions lombaires les soulageaient. Les 2 malades ont

guéri, l'une au bout de 85 jours et l'autre de 51 jours, la méningite avait duré 4 et 2 semaines.

Après avoir rejeté la méningite cérébro-spinale dont la possibilité d'infection fut exclue par l'auteur (absence de cas à l'hôpital, incubation courte, etc.) il affirme une localisation des éléments éruptifs aux méninges ayant produit les signes méningés. BERMANN.

La clinique et l'épidémiologie du chancre mixte, par N. N. IASNITZKY, S. I. MATOUSKOW et E. M. RAÏÉWSKY. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 7, 1934, pp. 617-624.

Après avoir souligné les difficultés et les imperfections du diagnostic différentiel du chancre mixte et rappelé sa fréquence d'après différents observateurs, les auteurs en viennent à leurs données personnelles embrassant une période de 3 ans (1931-1933).

Le nombre total des cas de syphilis enregistrés durant cette période dans la région occidentale montre une tendance à la diminution d'année en année (4.152, 4.002, 2.369) ; le nombre total des cas de syphilis active diminue également, mais celui des cas de chancre mou augmente au contraire (42, 90, 109), soit 34,2 o/o de la quantité totale des chancres en général (1). C'est, comme d'habitude, la ville qui fournit le plus grand nombre de chancres mous. En effet, 40,3 o/o des malades chancrelleux observés en 3 ans, ont contracté leur maladie à Smolensk. Pour l'année 1933, il est important de constater que la recrudescence de la syphilis va de pair avec celle de la chancrelle. Cette année, on a observé en ville un nombre considérable de chancres mixtes dont le diagnostic était établi d'une manière certaine et irréfutable. Sur 70 cas de chancres durs, 30 étaient des chancres mixtes. D'après les saisons de l'année, la syphilis restant stationnaire au cours des deux premières saisons, accuse une augmentation durant les deux derniers. Le chancre mixte suit la même allure, mais la chancrelle augmente de fréquence déjà dans la deuxième saison. Il en résulte que l'augmentation du chancre mixte est en rapport avec celle des chancres durs et mous. Le taux des chancres mixtes par rapport à tous les chancres est de 26,3 o/o et par rapport à tous les chancres excepté les indurés, de 40 o/o. La plupart de ces cas de chancre mixte se rapportent à des jeunes gens célibataires habitant la ville. Au contraire, parmi les femmes, la plupart sont mariées. La lutte contre l'épidémie de chancres mixtes n'a pas pu être organisée d'une façon radicale, car ce n'est que 50 o/o des femmes contagieuses qui ont pu être dépistées, les autres étant restées introuvables. Mais l'épidémie a finalement cessé après que tous les cas mixtes ont été hospitalisés et énergiquement soignés durant le stade infectant.

BERMANN.

(1) Il est intéressant de noter que cette importante statistique de chancres ne comporte pas un seul cas de chancre lymphogranulomateux (N. D. L. R.).

Les méthodes actives de sérodiagnostic de la syphilis et leur valeur pratique, par S. M. Iaskolko et M. K. Vinogradova. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, nº 7, 1934, pp. 637-641.

Les auteurs ont entrepris des recherches sur les méthodes actives de séro-diagnostic de la syphilis portant sur 3.882 sérums. La méthode active lente de Weinberg-Muttermilch, appliquée à 1.790 sérums, mérite un grand intérêt, car elle permet de déterminer d'une façon exacte l'index hémolytique de chaque sérum qui varie selon les sujets et de doser la dose de globules rouges correspondant à sa capacité hémolytique. Cette réaction, basée sur la connaissance de la teneur en hémolysines naturelles de chaque sérum, se distingue par sa précision. La quantité des sérums dont l'index hémolytique est égal à zéro, donc ne contenant pas d'hémolysine naturelle et ne pouvant être examinés d'après la méthode active, dépend du jour de la prise du sang, de la concentration de l'émulsion des érythrocytes de mouton et de leur résistance. Dans les cas des auteurs, le pourcentage de ces index zéro est de 2,4 si le sang est examiné le lendemain de sa prise. En comparaison avec la réaction de Bordet-Wassermann, cette méthode a montré une sensibilité supérieure dans 1,3 o/o des cas.

Appliquée à l'examen de 400 sérums, la méthode lente de Hecht s'est montrée peu claire et peu certaine.

La méthode lente de Bruck a été employée pour examiner 712 sérums, elle s'est montrée plus commode, mais comporte des éléments d'erreur car la réaction se fait sans détermination de l'index hémolytique. La méthode de Bruck est moins sensible que celle de Bordet-Wassermann.

La méthode active rapide de Tsu, appliquée à l'examen de 640 sérums, le cède également en sensibilité à la réaction de Bordet-Wassermann, mais elle présente l'avantage d'une lecture rapide des résultats.

La méthode active rapide de Kadisch s'est aussi montrée moins sensible que le Bordet-Wassermann à l'examen de 340 sérums.

En considérant les qualités et les défauts de chacune de ces méthodes, les auteurs ont essayé une méthode personnelle qui est une combinaison des deux méthodes qui sont relativement les meilleures : celle de Weinberg-Muttermilch et celle de Kadisch. Appliquée à 360 sérums, elle a permis d'obtenir en une heure des résultats très satisfaisants, mais elle a encore besoin d'être essayée sur une plus vaste échelle.

Bermann.

LIVRES NOUVEAUX

La syphilis chez l'enfant, par P. Nobécourt, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. 1 vol. de 340 pages, avec 138 fig., 60 francs. Masson, édit., Paris 1935.

Tout compte fait, au point de vue de la mortalité, la syphilis héréditaire ou, si l'on préfère, congénitale, contractée au cours de la vie intrautérine, est beaucoup plus grave que la syphilis acquise. Elle tue nombre d'enfants pendant les premières semaines de la vie. Sa gravité est due à ce fait que les tréponèmes trouvent dans les tissus jeunes un terrain particulièrement favorable à leur développement. On ne vit jamais chez l'adulte un fourmillement de tréponèmes dans le foie syphilitique, comme il est habituel d'en voir chez le nouveau-né.

Plus tard, dans l'enfance, la syphilis, sans être aussi grave *quo ad vitam*, est un facteur fréquent de morbidité. Tantôt elle est apparente et facilement diagnostiquée, tantôt elle reste latente ne se révélant que par des symptômes discutables avec ou sans signes sérologiques. Les difficultés sont souvent grandes et les problèmes difficiles à résoudre.

Aussi faut-il remercier le professeur Nobécourt d'avoir réuni en un volume quatorze de ses plus importantes leçons. Ce sont les médecins d'enfants qui doivent posséder la plus vaste instruction médicale. Leur spécialité les englobe toutes. Ils doivent être à la fois neurologistes, gastroentérologistes, cardiologues, dermatologistes et syphiligraphes. Le professeur Nobécourt a montré dans le volume qu'il donne aujourd'hui au public médical une véritable maîtrise en syphiligraphie. Voici les titres des quatorze chapitres :

I. La syphilis congénitale chez les enfants. — II. Arthropathies hérédosyphilitiques de la première enfance. — III. Ostéo-arthropathies hérédosyphilitiques de la moyenne et de la grande enfances. — IV. La syphilis congénitale des os dans la moyenne et la grande enfances. — V. Les lésions tardives du tibia dans la syphilis congénitale. — VI. Sur une fille de 14 ans atteinte d'une kératite et d'une ulcération cutanée hérédo-syphilitiques. — VII. Hépatite syphilitique scléro-gommeuse dans la grande enfance. — VIII. Syphilis congénitale de la grande enfance. Hypotrophie staturale. Néphrite chronique azotémique. — IX. Sur un garçon atteint d'insuffisance aortique et d'aortite chronique d'origine hérédo-syphilitique probable. — X. Rétrécissement mitral et syphilis congénitale. —

XI. Méningo-encéphalite chronique, diffuse, hérédo-syphilitique de la grande enfance. Paralysie générale juvénile. — XII. Syphilis et syndromes encéphalo-méningés aigus dans la moyenne et la grande enfances. — XIII. Syphilis congénitale et végétations adénoïdes. — XIV. Les premières étapes de la syphilis acquise chez les enfants. Syphilis primaire et syphilis secondaire. CLÉMENT SIMON.

Accidents chimiothérapeutiques par Hypersensibilité, avec préface de Paul RAVAUT, par Jean GATÉ, Henri THIERS et Pierre CUILLERET. 1 vol. grand in-8, de 208 pages. Lyon, 1934, à la Librairie scientifique Camugli.

Le livre de Gaté, Thiers et Cuilleret a paru il y a déjà quelques mois. Les auteurs voudront bien excuser mon retard. J'ai voulu les lire, la plume à la main car, sans être à proprement parler difficile, la lecture de leur travail, étant donné la complexité des problèmes abordés, n'est pas de celles qu'on peut réserver pour les minutes aberrantes de loisir.

A propos des accidents chimiothérapiques, se demander quel est le mécanisme physio-pathologique auquel on a affaire, passer en revue les nombreuses et ingénieuses théories qui ont déjà été proposées, les soumettre au crible d'une critique souvent sévère mais toujours courtoise, observer personnellement cent-sept observations d'accidents médicamenteux, essayer enfin de conclure, tel est schématiquement le plan de l'ouvrage. On y trouvera donc deux parties, ou plus exactement, deux sortes d'opérations intellectuelles : l'une de pure critique, de celles que l'on peut faire, comme Descartes, autour de son poêle ; l'autre d'expérimentation, pour laquelle collaborent, symbiose de plus en plus indispensable, médecins et chimiste. J'aurais voulu résumer la substance de ce travail considérable. Je dois y renoncer, il est de ceux qui ne comportent pas une réduction. Je me borne à attirer l'attention sur la critique des théories qui essayent d'expliquer ces faits, remarqués depuis les premiers âges de la médecine et qu'on rangeait sous la bannière soit de l'idiosyncrasie, soit inversement, de la mithridatisation. A travers une riche nomenclature, nous aboutissons actuellement à deux termes mieux adaptés : hypersensibilité et immunité. Ce n'est pas qu'il faille bannir ceux d'intolérance, d'allergie, etc. Les termes importent peu. Le mécanisme physiologique qu'ils désignent a été expliqué de façons bien différentes. Il faut lire ici la critique des théories de Zunz, encore peu connues en France ; de Sollmann qui considère les phénomènes allergiques comme identiques à ceux que provoquent l'histamine et la peptone, c'est-à-dire l'excitation des muscles lisses et tout spécialement la contracture bronchique, la paralysie capillaire avec chute tensionnelle et infiltration œdémateuse, l'agglutination sanguine et ses conséquences ; de Tzanck, bien connue en France ; de Milian qui s'écarte complètement des conceptions généralement admises, etc., etc.

La méthode des tests cutanés est soigneusement vérifiée par les auteurs. Ils la considèrent comme valable, à condition d'utiliser, pour explorer le mécanisme de l'hypersensibilité médicamenteuse, au moins deux

méthodes car les résultats ne sont pas toujours concordants. Ils acceptent également l'épreuve de la transmission passive de l'hypersensibilité au cobaye, tout en mettant en garde contre les nombreuses causes d'erreur. Ils décrivent, et je crois qu'ils sont les premiers, une sensibilisation « inapparente », c'est-à-dire mise en évidence seulement par la positivité les tests cutanés.

On chercherait vainement une conclusion dogmatique au beau livre de Gaté, Thiers et Cuilleret. Il faut les en louer car il est évident que nous sommes encore fort loin de pénétrer dans l'intimité des troubles cellulaires ou humoraux qui font d'un sujet donné soit une victime soit un invulnérable. Eternelle inégalité des êtres dans toutes les circonstances de la vie. Et peut-être, au fond, n'y a-t-il qu'une différence de « seuil » de l'un à l'autre. Clément Simon.

Epidémiologie et étiologie de la lymphogranulomatose inguinale. Maladie de Nicolas-Favre, par Swed Hellerstrorn et Erik Wassen, *in* Livre publié en hommage et dédié à la Mémoire du Professeur Cantacuzène.

D'une étude très soigneusement documentée, surtout au point de vue épidémiologique (trop négligé par les auteurs français), l'auteur donne les conclusions suivantes :

1° Le lymphogranulome inguinal (Maladie de Nicolas-Favre) est une infection spécifique ;

2° Le virus en est transmissible au singe, dans 100 o/o des cas et, dans une moindre proportion, au rat blanc ;

3° Le cobaye paraît réfractaire ;

4° Selon toute probabilité, il s'agit d'un virus invisible ;

5° Le virus est, mais faiblement, glycérino-résistant, et il supporte très bien les basses températures ;

6° Le virus est nettement lymphotrope ;

7° Le sérum humain, dans l'infection lymphogranulomateuse, contient des anticorps ayant un caractère virulicide ;

8° Le virus envahit les ganglions en un bref délai et y survit pendant plusieurs années ;

9° Dans deux cas, il a été démontré expérimentalement que l'esthiomène de la vulve, étiologiquement, est l'équivalent du lymphogranulome inguinal.

Cette dernière conclusion intéressera particulièrement les vénéréologues qui cherchent, jusqu'ici sans arriver à une entente unanime, la nature de celles des ulcérations chroniques de la vulve où l'on peut écarter la syphilis, la tuberculose et les néoplasies.

Il est à noter que l'auteur Suédois ne refuse pas au lymphogranulome le nom de Maladie de Nicolas-Favre, nom universellement accepté et qui n'a été critiqué, par un phénomène curieux mais non exceptionnel, qu'en France. Clément Simon.

Les actions biologiques des radiations, par Gætano Viale, 1 vol. grand in-8o, relié de 368 pages avec fig. et planches en couleurs, Milan, 1934, XII, Fratelli Treves, éditeurs.

Ce beau volume fait partie des *Monographies* et traités de biologie et de Médecine, collection dirigée par le professeur Carlo Foa. On y trouve, clairement exposées par un expérimentateur éprouvé, toutes les notions qui concernent l'action biologique des radiations. C'est un chapitre nouveau de la biologie qui intéresse sur plus d'un point les dermatologistes. Il est impossible de donner une analyse d'un livre aussi condensé. Je me borne à donner la suite des chapitres pour que le lecteur puisse se rendre compte de l'ensemble des matières traitées.

Les radiations dans la nature ; Le spectre solaire ; généralités sur l'action biologique de la lumière ; Principes de photochimie ; Action de la lumière sur les substances de l'organisme ; Action sur les microorganismes ; Action sur les plantes ; Action sur les animaux inférieurs ; Action sur l'homme et les animaux supérieurs ; Action biologique des rayons infra-rouges ; Action biologique de la lumière polarisée ; Les rayons mitogénétiques ; La radio-activité ; Les radiations cosmiques ; Les phénomènes photodynamiques ; La pigmentation ; Les maladies de Lumière ; Principes de photothérapie ; Mécanisme d'action de la lumière.

On voit que les questions les plus modernes sont abordées, non seulement celle des rayons cosmiques, mais celle toute récente des rayons mitogénétiques, nés des expériences si curieuses et si nouvelles d'Alexandre Gurwitsch, à l'Institut de médecine expérimentale de Leningrad.

Le livre de Gætano Viale fait honneur à la science italienne et mériterait d'être traduit en français. Clément Simon.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Clinique de Dermatologie et de Syphiligraphie. Hôpital Saint-Louis.

Professeur : M. GOUGEROT

COURS DE PERFECTIONNEMENT

DERMATOLOGIE ET VÉNÉRÉOLOGIE

sous la Direction de M. le Professeur GOUGEROT

Le prochain cours de **Dermatologie** *aura lieu du* 30 septembre *au* 26 octobre 1935.

Le prochain cours de **Vénéréologie** *aura lieu du* 28 octobre *au* 23 novembre 1935.

Le prochain cours de **Thérapeutique Dermato-Vénéréologique** *aura lieu du* 25 novembre *au* 19 décembre 1935.

Un cours de **Technique de Laboratoire** aura également lieu durant cette période.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 400 francs. Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Les cours auront lieu au Musée de l'Hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, Paris (Xe).

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.), de Physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultra-violets, finsenthérapie, radium), de Thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc.

Le Musée des Moulages est ouvert de 9 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Un certificat pourra être attribué, à la fin des cours, aux auditeurs assidus.

On s'inscrit au Secrétariat de la Faculté de Médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures (On peut s'inscrire par correspondance).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. BURNIER, Hôpital Saint-Louis (Pavillon de la Faculté).

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD

TRAVAUX ORIGINAUX



LA GALE CROUTEUSE

Par L.-M. PAUTRIER

La gale norvégienne ou gale croûteuse est une rareté et une curiosité dermatologique. Une quarantaine d'observations seulement en ont été publiées. A ce titre seul les cas que l'on rencontre mériteraient d'être signalés. Mais ils doivent l'être encore pour d'autres raisons : d'abord les grandes difficultés de diagnostic que l'on éprouve devant le premier cas que l'on observe. Je n'ai aucune fausse honte à avouer que je suis resté pendant trois semaines sans diagnostic devant le cas que je viens d'hospitaliser dans mon service. Le tableau clinique que présentait la malade était si complexe, si déconcertant que, tour à tour, je soulevai toutes les hypothèses et tous les diagnostics, trouvant aussitôt de bonnes raisons pour les rejeter, mais n'en trouvant aucune pour me faire penser à la gale jusqu'au jour où je fis enfin une biopsie et pus trouver les acares. Je me suis consolé de ma mésaventure lorsque j'ai voulu parcourir ce qui avait déjà été publié sur ce sujet en apprenant qu'en 1892, lorsque Besnier présenta le premier cas français à la Société de Dermatologie, il avait passé par les mêmes alternatives et qu'aucun de ses collègues d'alors à l'Hôpital Saint-Louis n'avait pu poser le diagnostic exact. Par contre, je crois bien que je ne manquerais pas de reconnaître le prochain cas qu'il me serait donné d'observer. Mais encore faut-il en avoir vu un pour y penser. Il est donc nécessaire de publier ces documents pour cette première raison.

Mais il en est encore d'autres : les lésions de tout ordre réalisées par cette gale croûteuse posent une série de problèmes qu'il est bon de formuler, même si nous ne pouvons les résoudre. Je ne parle pas de la nature même du parasite. Je crois qu'on peut considérer comme démontré que le sarcopte de la gale croûteuse est le même que celui de la gale ordinaire ; mais même s'il s'agissait, comme

on l'a cru un instant, d'un sarcopte spécial, d'origine animale, il n'y aurait là qu'une petite curiosité parasitologique vite épuisée. Que la gale croûteuse, comme son nom l'indique, par l'accumulation fantastique de parasites, d'œufs, de cadavres de parasites, puisse arriver à engainer des régions entières, voire les téguments de la totalité du corps d'une carapace plâtreuse, croûteuse, cela peut encore s'expliquer, bien que cela arrive à constituer un tableau clinique singulièrement troublant ; mais ce qui est plus extraordinaire, et ce que j'ai constaté dans le cas que je vais rapporter, c'est l'envahissement total de la face, du cuir chevelu, c'est l'alopécie totale et définitive qui peut en résulter, ce sont les modifications de texture de la peau, prenant un aspect et une consistance sclérodermiques, ce sont les troubles pigmentaires qui peuvent accompagner tout cela, dépigmentation totale par places, hyperpigmentation en d'autres points, le tout réalisant avec des macules érythémateuses, le plus bel aspect de radiodermite que l'on puisse voir ; ce sont les atrophies, les momifications de l'extrémité du nez et des oreilles, simulant un lupus érythémateux mutilant et cicatriciel. Tout cela est d'une interprétation singulièrement plus complexe et mérite qu'on s'y arrête un instant. Je publierai donc ici l'observation clinique complète de ma malade accompagnée des documents photographiques sans lesquels il serait difficile de suivre la description des lésions si variées qu'elle offrait et je la ferai suivre des réflexions que comporte cette déconcertante affection parasitaire :

Mme Humb..., Eugénie, 38 ans. Antécédents héréditaires : mère morte à l'âge de 65 ans de la grippe dite espagnole. Père âgé de 73 ans, santé relativement bonne. Antécédents collatéraux : 4 sœurs et 2 frères tous en bonne santé, 2 sœurs mortes, l'une à l'âge de 3 mois et l'autre à l'âge de 15 jours. Antécédents personnels : mariée, mari bien portant. Pas d'enfants, pas de fausse-couche, pas de maladies infectieuses, n'a jamais été gravement malade, pas de maladies vénériennes avouées, pas d'alcoolisme. A été bien réglée depuis l'âge de 14 ans. *Il y a seulement 7 mois depuis que la malade n'a pas eu du tout ses règles.*

Maladie actuelle. — 1919. Le début de la maladie remonte à 1919, c'est-à-dire il y a 10 ans. Début par des lésions situées au niveau des régions mastoïdiennes, caractérisées par des taches rouges de la dimension d'une pointe d'épingle. Ces lésions étaient prurigineuses, mais non douloureuses. Peu de temps après, le cuir chevelu fut atteint. Le cuir chevelu était devenu prurigineux et les cheveux commençaient à

tomber dès ce moment. Puis la face fut prise ; ici, la malade a pu observer un peu mieux l'évolution de ces lésions. Les premières apparurent au niveau des plis naso-géniens, un peu au-dessous des ailes du nez ; elles étaient représentées par des taches érythémateuses de la dimension d'un petit pois vert, assez prurigineuses, sans être douloureuses. Le prurit augmentait quand la malade transpirait.

En 1925, les mêmes lésions commencèrent à se développer au niveau du corps, entre les deux bords internes des omoplates, prurigineuses mais non douloureuses. Elles ont progressé de la même façon centrifuge pour couvrir tout le tégument du dos dans l'espace de 4 ans.

En 1929, vers le mois de mars, les membres inférieurs se prirent, ils furent le siège de démangeaisons intenses.

Fait intéressant, durant tout ce temps, les lésions évoluèrent sans formation de croûtes ; ce n'est que depuis l'hiver 1928 qu'il y a eu apparition de ces croûtes que la malade présente encore actuellement et pour lesquelles elle est venue nous consulter.

État actuel. — Les lésions occupent aujourd'hui la totalité du corps et sont généralisées à l'ensemble des téguments : face, front, cuir chevelu, membres supérieurs et inférieurs, mains, pieds et ongles. *Il s'agit donc d'une grande dermatose généralisée.*

Cuir chevelu. — L'alopécie du cuir chevelu est totale. Il ne persiste que deux petites touffes de poils follets, un peu lanugineux, de couleur blanc grisâtre, au niveau des deux régions temporales. Sur tout le reste de la tête, le cuir chevelu est lisse et ivoirin, parsemé cependant de nombreux points érythémateux qui n'ont ni formes, ni dimensions définies, qui sont plus abondants dans la région du vertex et qui paraissent correspondre à des lésions inflammatoires en rétrocession, dont ils seraient le reliquat.

Hors ces points érythémateux, le cuir chevelu est blanc ivoire, remarquablement lisse, mais manifestement cicatriciel et atrophique. Il est comme momifié sur le plan osseux sous-jacent et il est impossible à plisser. On a nettement l'impression d'un cuir chevelu qui aurait été atteint de radiodermite, mais la malade affirme de la façon la plus absolue qu'elle n'a jamais eu la moindre séance de rayons X. Cet aspect de radiodermite se confirme encore par le fait qu'aux limites du cuir chevelu, c'est-à-dire au niveau de la nuque et du front, commencent à apparaître des taches pigmentaires brunâtres, provoquées aussi fréquemment par les applications des rayons X. L'ensemble du cuir chevelu rappelle les atrophies cicatricielles.

A l'entrée de la malade dans le service, la quasi-totalité du cuir chevelu était recouverte par une carapace squameuse, plâtreuse, formant une véritable calotte qui ne permettait pas d'apprécier l'alopécie totale qu'on a pu constater après décapage et qui se confondait avec la carapace plâtreuse du cou et du dos.

Face. — Les lésions occupent également la totalité de la face et se

présentent avec une bigarrure et un mélange de teintes caractéristiques qui éveillent encore nettement l'idée de radiodermite ; on trouve une alternance de teintes brunâtres, d'îlots d'un rose pâle et de nappes blanchâtres complètement achromiques. Reprenons le détail de ces lésions région par région.

Au niveau du front, toute la partie médiane est le siège d'une pigmentation café au lait qui descend par en bas jusqu'à la racine du nez et jusqu'à la région interne des deux sourcils et qui, de chaque côté, remonte obliquement en haut et en dehors vers les parties externes de la région frontale, décrivant en quelque sorte deux cornes de pigment. Les bords latéraux de ce placard central sont nettement arrêtés, mais irréguliers de contours, déchiquetés et paraissent s'émietter dans les deux régions temporales en petites taches pigmentaires qui tranchent sur la teinte absolument blanc ivoire des deux tempes.

Les deux régions temporales sont donc complètement achromiques et continuent le cuir chevelu et, sur ce fond blanc ivoire, on voit un certain nombre de taches isolées de couleur café au lait, les plus petites ne dépassant pas la dimension d'une lentille, d'autres plus volumineuses, de contours irréguliers, en carte géographique. Ces lésions achromiques se continuent par en bas jusqu'au niveau de la partie externe des deux sourcils.

La région sourcilière est des plus intéressantes à étudier. La partie interne des deux sourcils, sur un espace d'environ 1 centimètre et demi, a conservé tous ses poils qui ont une épaisseur normale et une teinte noire franche. C'est la région sourcilière qui continue par le bas la tache pigmentée du milieu du front. La partie externe des deux sourcils, au contraire, est complètement alopécique, de teinte blanc ivoire, parsemée surtout à gauche de nombreuses taches pigmentaires café au lait. C'est la partie qui correspond aux deux régions temporales et dont elle est en somme la continuation.

La consistance de la peau n'est pas absolument la même dans les régions achromiques parsemées de taches pigmentaires, comme les tempes et la région du milieu du front. Dans la partie médiane du front, la peau, bien que pigmentée en brunâtre, se laisse encore mobiliser assez facilement. Dans la partie temporale, au contraire, achromique, la peau donne une sensation scléreuse ; elle est davantage tendue sur les plans osseux sous-jacents et ne se mobilise que difficilement.

Le nez est, dans son ensemble, partiellement décoloré et offre une teinte blanche, marbrée de petits points rougeâtres qui s'étendent sur toute la hauteur de la face dorsale et sur les faces latérales jusqu'aux sillons naso-géniens.

Cette zone ainsi dépigmentée est limitée par le bas vers la pointe du nez et des narines par un liséré d'un rouge-rose assez vif, présentant un léger enduit squameux. L'extrémité du nez paraît nettement atrophique, un peu momifiée et ratatinée. Les rebords narinaires sont éga-

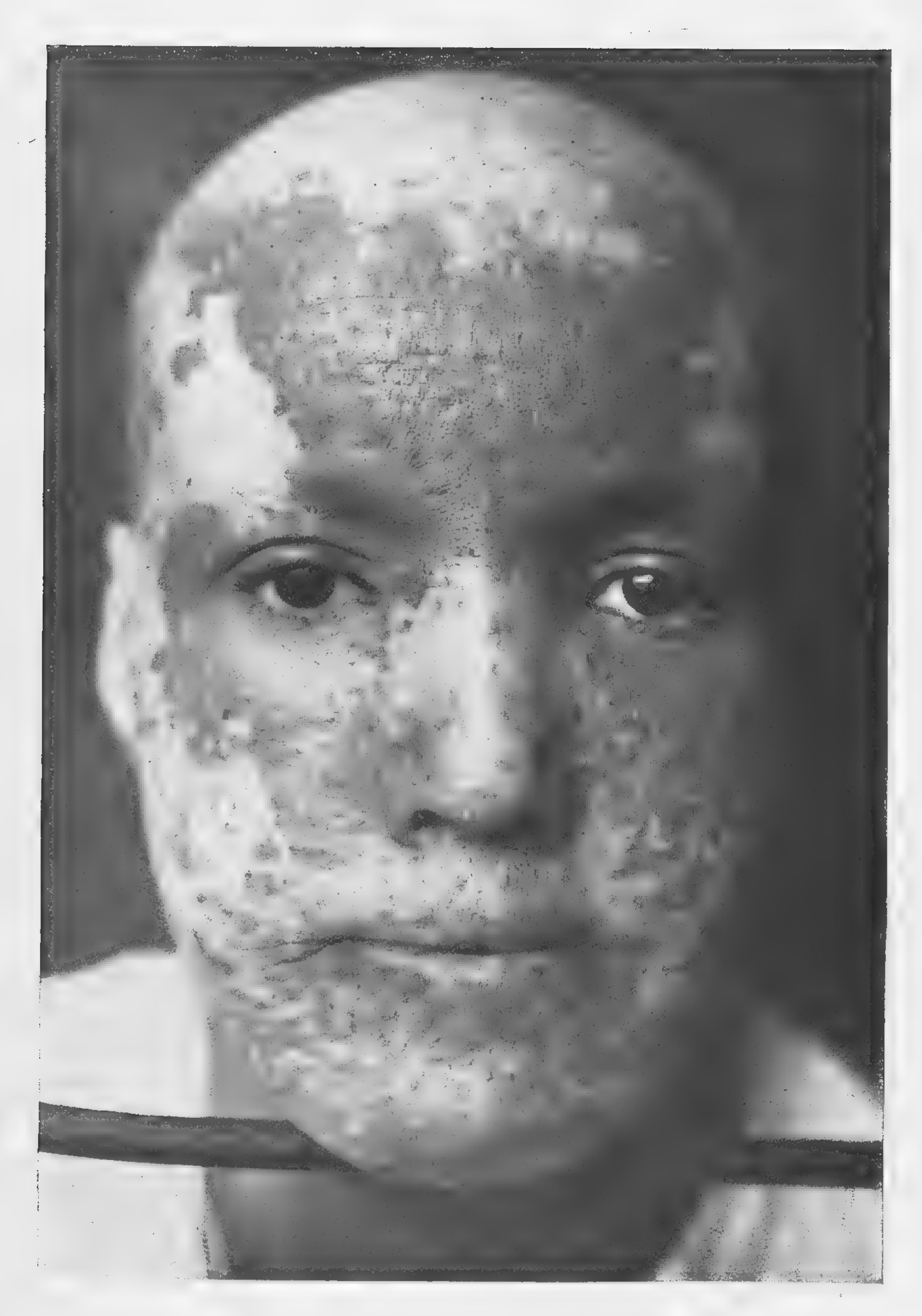


Fig. 1. — Aspect de la face, une fois qu'elle a été décapée de sa carapace plâtreuse. Remarquer la présence de larges nappes de pigmentation brunâtre, de taches rosées, et de zones complètement achromiques. Noter aussi la déglabration totale du cuir chevelu et de la moitié externe des deux sourcils, ainsi que la momification des narines, qui sont partiellement détruites sur leurs bords.

lement atrophiques et légèrement rétractés et, si l'on ne voyait que ce nez seul avec son atrophie cicatricielle centrale, son liséré érythémateux et légèrement squameux, l'atrophie de son extrémité, on penserait volontiers à un lupus érythémateux.

La partie interne des joues et les paupières inférieures présentent dans l'ensemble une teinte café au lait clair, marbrée par places de petits points rougeâtres. La partie externe des joues, au contraire, dans la zone qui dépasse la région maxillaire et la commissure labiale et s'étend jusqu'aux oreilles, est complètement achromique, d'un blanc porcelainique, présentant un certain nombre de taches café au lait brunâtres, de la dimension d'une lentille à un pois vert, et un certain nombre de macules érythémateuses. Ces deux zones achromiques se confondent par en haut avec la zone achromique scléreuse des lésions temporales et, par en bas, s'arrêtent un peu en-dessous de la branche horizontale du maxillaire inférieur, zone où commence une pigmentation café au lait en nappe.

Dans cette région, nous trouvons les oreilles ratatinées, momifiées, le rebord de l'hélix est nettement atrophique et a été partiellement détruit. L'oreille ainsi réduite à un moignon est de plus rétractée et accolée contre le crâne. On dirait une oreille qui a été labourée par un lupus érythémateux. Elle est couverte par un épiderme blanchâtre, scléreux, et dans la partie interne de la conque, vers le conduit auditif, présente une desquamation légère, mais assez adhérente.

Le pourtour de la bouche présente une bigarrure de teintes. L'épiderme de la lèvre supérieure est d'un rose pâle avec une peau amincie assez fine paraissant cicatricielle, se laissant plisser et qui, à jour frisant, se montre parcourue par une série de petits plis très fins comme un épiderme vergeturoïde, en pelure d'oignon.

La lèvre inférieure et le menton présentent un mélange de zones pigmentées, café au lait, qui occupent la plus grande partie de ce territoire, mais qui sont parsemées de taches blanches achromiques et de taches rosées, le tout distribué absolument sans ordre. Dans cette région également, la peau se laisse encore plisser assez facilement, tandis que dans la région externe des joues, là où existe l'achromie totale, la peau est absolument sclérodermique et est impossible à plisser.

Au total, l'ensemble du visage présente dans sa partie centrale : front, partie interne des sourcils, paupières, partie interne des joues, menton, un mélange de nappes pigmentaires brunâtres, de taches rose pâle et de taches achromiques. Dans ces régions, les poils (partie interne des sourcils) sont respectés. Les parties externes du visage au contraire, soit la région externe des deux joues, les oreilles, les régions temporales, sont complètement achromiques, mar-



Fig. 2 — Alopécie totale du cuir chevelu et de la moitié externe du sourcil. Vaste zone achromique, d'un blanc porcelainique, marbrée de quelques taches pigmentaires, occupant toute la partie externe de la joue et du front : à ce niveau la peau est sclérosée, adhérente au plan profond et ne se laisse pas mobiliser ; l'oreille est en partie rongée, le rebord de l'hélix a été détruit. Nappe hyperchromique, à téguments souples dans la région du cou. Quelques macules érythémateuses disséminées çà et là complètent l'aspect d'une radiodermite.

brées de quelques taches brunâtres et de quelques taches rosées, présentent une alopécie totale (partie externe des sourcils) et se confondent ainsi avec l'ensemble du cuir chevelu lui-même, complètement déglabré, atrophique, scléreux.

Au moment même de l'entrée de la malade à l'hôpital, elle présentait, sur un certain nombre de points, une carapace squameuse que nous allons retrouver dans notre description au niveau du dos et des épaules et qui a été décapée rapidement par la vaseline salicylée et le glycérolé d'amidon. Cette carapace squameuse, plâtreuse, siégeait par îlots isolés au niveau du menton, dans les sillons naso-géniens, à la partie externe des sourcils et à la partie externe des joues.

Cou. — Le cou, dans son ensemble, présente une teinte pigmentée de café au lait brunâtre sur sa partie antérieure et ses parties latérales, à laquelle vient se surajouter une teinte érythémateuse à sa partie postérieure. Cette teinte se continue par en bas, sur le devant de la poitrine, les épaules et le dos, mais la limite supérieure de ce collier pigmentaire, qui tranche avec une netteté très grande sur les zones achromiques des joues et du cuir chevelu, se fait d'une façon très nette, suivant une ligne sinueuse, festonnée, découpée irrégulièrement.

Dans ces parties antérieure et latérales, en dehors de la teinte pigmentaire, l'épiderme montre des petites zones érythémateuses et, sur quelques points, des petites croûtelles séreuses et manifestement des petites vésicules en évolution.

A la partie postérieure du cou, dans la région de la nuque, la teinte érythémateuse s'accentue ainsi que la tendance au suintement. Dans toute cette région, la peau se laisse plisser facilement, elle est souple et ne donne pas de sensation d'infiltration nette.

Dos. — Dès la partie inférieure de la nuque, les lésions changent d'aspect et prennent celui qu'elles vont revêtir sur le haut des épaules et le dos. L'ensemble de cette région présente une teinte érythémateuse d'un rouge inflammatoire franc, marbrée et masquée par places par une carapace squameuse très particulière. Celle-ci est surtout abondante dans la région interscapulaire et au niveau de l'omoplate gauche ; on la retrouve aussi par plaques disséminées au niveau de l'omoplate droite, dans la région médiane et les parties latérales du dos et jusqu'à la région lombaire.

Cette carapace squameuse a un aspect assez insolite ; elle se différencie notamment par son aspect des squames stratifiées du psoriasis et rappellerait plutôt l'enduit plâtreux du *pityriasis rubra* pilaire, bien qu'elle s'en différencie encore sensiblement. Elle est très épaisse, atteignant 4 à 5 millimètres, d'un blanc plâtreux sale tirant sur le



Fig. 3. — Lésions de la nuque et du dos. Carapace squameuse, plâtreuse, légèrement grasse et humide, atteignant plusieurs millimètres d'épaisseur, se détachant, au grattage, en larges lamelles, laissant à nu une surface villeuse, légèrement suintante, d'un rouge vif.

jaunâtre, formant par places, surtout au niveau de l'épaule gauche, une sorte de plastron de près de 12 centimètres de haut sur 8 à 10 de large, à surface légèrement irrégulière, parcourue par quelques grands plis et donnant au toucher une impression particulière qui n'est pas celle de la sécheresse absolue des squames stratifiées, mais qui est à la fois un peu plus souple et, on dirait volontiers, un peu humide.

Au grattage méthodique à la curette d'exploration, ces squames ne s'effritent du reste nullement en poussière, mais se détachent en totalité par grandes lamelles de plus de 1 centimètre de côté. Elles se détachent avec un peu de peine et, à mesure qu'on les soulève, on voit une série de petits crochets villeux qui unissaient la partie profonde à l'épiderme rouge sous-jacent. Cet épiderme sous-jacent paraît d'un rouge vif, manifestement suintant.

Il donne, indépendamment de tout grattage, de nombreux points d'exosérose et ceux-ci s'accentuent considérablement dès les premiers coups de curette. Cette surface érythémateuse n'est du reste pas lisse, elle présente un aspect manifestement villeux.

Dans l'intervalle de cette carapace plâtreuse, ainsi que sur les parties latérales du dos, la peau est, nous l'avons dit, extrêmement rouge et elle présente une desquamation moins importante, toujours plâtreuse, un peu grasse, assez adhérente. Sur de nombreux points, on voit des points d'exosérose manifestes devenant plus nets par le grattage.

Région lombaire et fessière. — Les lésions sont ici sensiblement analogues à celles du dos, à cette différence près que la carapace plâtreuse y est moins abondante et que la desquamation se fait sous forme d'écailles ou de lambeaux sur un fond de peau érythémateuse infiltrée et légèrement suintante. Le tableau est celui d'une érythrodermie exfoliante.

Face antérieure du thorax et de l'abdomen. — La carapace plâtreuse fait également défaut ici ; la peau présente un mélange d'érythème et de pigmentation de teinte café au lait ; elle est épaissie et infiltrée, très difficile à plisser, assez tendue sur les plans sous-jacents. Elle présente de nombreuses traces de grattage, surtout sur la région sternale, ainsi que de nombreux points vésiculeux et suintants et une desquamation furfuracée légère.

Membres supérieurs. — Les bras, les avant-bras et les mains sont pris dans leur totalité jusqu'au niveau des ongles. La face externe et postérieure des bras présente un enduit squameux blanc grisâtre, stratifié, très épais et sur certains points très adhérent, alors qu'au contraire, en d'autres places, la desquamation se présente sous forme de lamelles ou de lambeaux partiellement soulevés et détachés. La peau est dans l'ensemble rugueuse, épaissie, infiltrée, dure et sèche dans les parties plâtreuses, suintante par places, surtout au niveau des épaules.

Mains. — Les lésions occupent d'une façon diffuse la face dorsale des mains et toutes les phalanges. Elles y sont constituées par de la rou-



Fig. 4. — Remarquer l'amaigrissement prononcé, l'alopécie totale des aisselles et du pubis accompagnant celle du cuir chevelu ; la peau est partout épaissie, dure, sèche, recouverte par places de squames plâtreuses sur fond érythémateux et légèrement suintant.

geur, des squames blanc grisâtre adhérentes, une peau épaissie, se plissant difficilement.

La paume des deux mains présente des lésions intéressantes. Elles siègent principalement sur l'éminence thénar et sur la partie médiane du creux de la main. Elles y sont représentées par des lésions érythé-



Fig. 5. — Lésions des mains constituées par un érythème recouvert d'une carapace squameuse, plâtreuse, adhérente. La peau, très épaissie, se plisse difficilement. Lésions unguéales prononcées : ongles en griffes, décollés, recouvrant une masse grisâtre, en moelle de sureau.

mateuses diffuses, mal limitées, recouvertes par une carapace squameuse, plâtreuse, blanc-gris sale, très adhérente. Nulle part l'on ne trouve de crevasse, ni de fissure ; cependant, par places, un enduit squameux est détaché, l'épiderme paraît par en-dessous d'un rouge vif, avec des petits points suintants. On trouve des lésions analogues à la face

palmaire des doigts, principalement aux interlignes métacarpo-phalangiennes et phalango-phalangiennes.

L'extrémité de tous les doigts présente une déformation curieuse. La phalangette est considérablement augmentée de volume, renflée en massue comme une baguette de tambour. Sur certains points, il semble que l'extrémité digitale soit presque doublée de volume.

Les ongles présentent des altérations extrêmement importantes. La matrice unguéale semble avoir disparu par places ou avoir été repoussée vers l'extrémité distale du doigt ; par exemple, les ongles du médius et de l'index de la main droite ne mesurent que 5 à 6 millimètres de longueur. Sur d'autres points, au contraire, les ongles sont incurvés comme des griffes retournées. La partie sous-jacente à la lamelle unguéale ainsi incurvée est remplie par une masse gris jaunâtre en moelle de sureau, épaissie, friable et qui, quelquefois, s'étend en débordant sur la face palmaire de la phalangette.

Membres inférieurs. — Les cuisses, les jambes, les pieds présentent d'une façon diffuse : mélange de rougeur et de pigmentation de la peau, points eczématisés, suintants par places, avec placards squameux en d'autres points, peau rugueuse, épaissie, ne se laissant pas plisser.

A la face plantaire des pieds, lésions d'hyperkératose ; à la partie médiane de la plante, lésions analogues à celles décrites à la main.

Système ganglionnaire. — Tous les ganglions sont hypertrophiés. On en trouve aux aisselles. Gros ganglions aux plis inguinaux et dans le triangle de Scarpa.

Système pileux. — A noter que les poils des aisselles ont totalement disparu, que l'on ne trouve plus de poils perceptibles aux avant-bras. Les poils du pubis ont à peu près disparu, il n'en reste plus qu'un tout petit nombre.

L'état général de la malade était assez médiocre ; elle était dans un état de maigreur prononcé, s'accompagnant d'une légère fonte musculaire au niveau des membres supérieurs et des jambes.

Mais l'examen systématique de tous les organes ne révélait aucune lésion viscérale. La tension était à 150-90. Les urines ne contenaient ni sucre, ni albumine. Les réflexes étaient normaux. Les réactions sérologiques : Bordet-Wassermann, Hecht, Vernes, toutes négatives. L'intradermo à la tuberculine était faiblement positive.

La malade est d'intelligence moyenne : c'est la femme d'un cultivateur alsacien, ayant par conséquent toujours vécu dans un milieu campagnard relativement confortable.

Notons enfin que les lésions qui avaient été assez fortement prurigineuses au début ne l'étaient plus que très modérément et même pas du tout au moment où nous observions la malade.

On conçoit l'embarras extrême dans lequel on peut se trouver devant un tableau aussi complexe que celui que présentait ma malade. Cette éruption généralisée à la totalité des téguments, du cuir chevelu à l'extrémité des ongles, s'accompagnant de rougeur, et de desquamation et d'eczématisation par places, éveillait tout d'abord l'idée d'une érythrodermie généralisée ; celle-ci semblait trouver une confirmation dans les adénopathies généralisées que présentait également la patiente, dans sa maigreur extrême, dans son état de demi-cachexie. Mais la longue évolution de l'affection, les points suintants eczématisés que l'on trouvait par places, éveillaient plutôt l'idée d'une érythrodermie seconde, consécutive à une dermatose initiale. Eczéma généralisé ? Les points suintants le suggéraient, mais aussitôt la carapace plâtreuse que l'on trouvait en de vastes régions de peau éveillait d'idée d'un *pityriasis rubra* : les lésions unguéales, l'épaississement, la friabilité des ongles pouvaient marcher de pair avec ce diagnostic.

Mais une fois la carapace plâtreuse du cuir chevelu décapée on découvrait une alopécie totale et définitive, hors deux petites touffes de cheveux lanugineux vers les régions temporales. Le cuir chevelu était d'un blanc ivoirin, lisse, manifestement cicatriciel et atrophique, impossible à plisser, comme momifié sur le plan osseux. En bordure du cuir chevelu, nuque et front, apparaissaient des taches pigmentaires brunâtres. Le tout réalisait le plus bel aspect de radiodermite. Mais la malade interrogée était formelle : elle n'avait jamais quitté son village et ignorait totalement ce que pouvaient être les rayons X.

D'ailleurs la face présentait des lésions analogues : mélange de peau achromique et de taches pigmentaires café au lait foncé. Et manifestement il ne s'agissait pas de vitiligo. Les parties achromiques étaient demi-cicatricielles, les téguments étaient comme momifiés, lardacés, sclérodermiques. Et l'extrémité du nez et les deux oreilles étaient atrophiées, demi-rongées comme par un vieux lupus érythémateux cicatriciel.

Plus on regardait la malade, plus on l'étudiait, plus le problème se compliquait et plus on trouvait de raisons de considérer comme non satisfaisants tous les diagnostics successivement soulevés.

Heureusement pour la solution du problème, l'aspect si particulier de la carapace plâtreuse, particulièrement dans la région des



Fig. 6. — Examen direct des squames, qui fourmillent d'acares, d'œufs et d'excréments. (Grossissement : 120 diamètres).



Fig. 7. — Acare adulte dans les squames ; longueur : 291 μ 6 (grossissement : 321 diamètres).

épaules, attirait spécialement mon attention. Elle atteignait un demi-centimètre d'épaisseur, d'un blanc jaunâtre sale, parcourue de grands plis assez profonds, se détachant par grandes lamelles offrant à leur face profonde un aspect villeux et découvrant une surface d'un rouge vif, suintante.

Désirant étudier cette carapace plâtreuse, je fis une biopsie large qui devait nous apporter la clef du problème.



Fig. 8. — Larve hexapode dans les squames. Longueur réelle 158 μ 4 (grossissement 260 diamètres).

La coupe montre en effet un épiderme extrêmement acanthosique, recouvert par une couche cornée d'une très grande épaisseur, bien qu'une partie importante ait sauté au cours de l'inclusion et des manœuvres du microtome. Cette couche cornée parakératosique, feuilletée, véritable squame-croûte, imbibée de blocs de sérosité coagulée, est creusée dans sa partie inférieure d'innombrables cavités, contenant une quantité prodigieuse d'acares, de larves, d'œufs. Les acares sont toujours logés dans les couches inférieures de la

squame, presque au contact du corps muqueux, dont ils sont cependant toujours séparés par une lamelle cornée.

Détachant des squames et raclant leur couche profonde, nous avons pu alors obtenir une quantité invraisemblable d'acares vivants, de larves hexapodes, d'œufs et d'excréments, le tout formant une véritable litière entre la squame et l'épiderme.

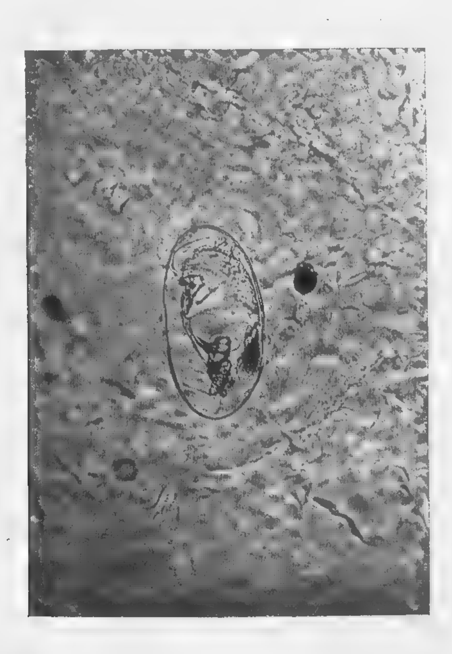


Fig. 9. — Œuf d'acare dans les squames. Longueur réelle 169 μ 2 (grossissement 150 diamètres).

Photographiant les sarcoptes et mesurant exactement leurs dimensions, nous avons pu calculer que les acares ont une longueur de 291 μ 6, les larves hexapodes une longueur de 158 μ 4, et les œufs une longueur de 165 μ. Aucun caractère ne permet de différencier ces sarcoptes de ceux de la gale commune et nous nous rattachons ainsi à l'opinion déjà soutenue par Joyeux, Mandoul et Dubreuilh.

Pour en terminer avec l'examen histologique, notons encore que l'épiderme, en plus de son hyperacanthose considérable montre de nombreux foyers de spongiose réalisant par places un état presque vésiculeux et que l'exosérose abondante se traduit par

de larges coulées de sérosité coagulée entre les couches parakératosiques de la squame, ce qui explique le côté onctueux que cette dernière donnait au toucher.

Le derme montre de nombreuses dilatations vasculaires et un infiltrat assez abondant, sans caractères spéciaux, qui témoigne de l'inflammation chronique de la peau.

Le traitement était dès lors tout indiqué : décapage à la vaseline salicylée et au glycérolé d'amidon, puis bains sulfureux et applications répétées de pommade au polysulfure de potassium, la pommade d'Helmerich ne pouvant être supportée en raison de l'inflammation cutanée.

Par crainte d'allonger exagérément cette observation déjà longue, nous ne pouvons développer ici toutes les réflexions qu'elle suggère. Nous nous bornerons à les indiquer brièvement.

On peut se demander tout d'abord comment une infection par des sarcoptes peut prendre pareille allure et se généraliser ainsi. L'explication paraît plus facile pour les premiers cas publiés par Bœck et Danielsen et observés sur des lépreux en Norvège. L'anesthésie cutanée spéciale à ces malades, l'état de misère où ils vivent peuvent expliquer leur absence de réaction et le fait qu'ils se soient ainsi laissés envahir par les parasites. La même explication peut être encore valable pour certains cas observés en Russie, en Bretagne, où il s'agit de déments ou de sujets d'intelligence réduite, vivant dans la crasse et une misère sordide. Mais il est certains cas, comme le nôtre, où il s'agit de la femme d'un cultivateur alsacien vivant dans des conditions de bien-être et d'hygiène suffisantes, où elle ne peut manifestement être retenue.

Un facteur important par contre et qui peut expliquer le manque de soins et la généralisation des lésions c'est que, fait des plus curieux, l'affection est peu ou même pas prurigineuse. Tous les auteurs sont d'accord pour le signaler et chez notre malade, si le prurit a existé au début, il avait à peu près disparu par la suite.

Fait encore déconcertant à signaler : notre malade n'a pas cessé de vivre avec son mari durant ces dix années et malgré les milliers et les milliers de parasites que sa femme portait sur sa peau, ce dernier n'a pas contracté la gale. Mais quand les malades infectent leur entourage, c'est sous forme de gale tout à fait banale.

L'interprétation des lésions cutanées provoquées par le nombre

invraisemblable des parasites est facile pour certaines de ces lésions, singulièrement plus difficiles pour d'autres. On sait que la gale ordinaire et les lésions traumatiques qu'elle entraîne peuvent provoquer des lésions d'eczématisation. On peut donc concevoir que les lésions généralisées, produites par les centaines de milliers d'acares du malade provoquent une dermite généralisée, se traduisant par une grande érythrodermie, suintante par places et amenant à la longue une hyperacanthose de tout l'épiderme et la parakératose énorme qui englobe dans des squames les sarcoptes, les larves, les œufs, les excréments et qui se traduit cliniquement par la carapace plâtreuse, croûteuse, caractéristique de l'affection.

De même, les lésions unguéales s'expliquent par l'accumulation des parasites au niveau de la matrice et sous la lame cornée de l'ongle, réalisant ainsi cet ongle soulevé par des masses semi-cornées, friables.

On peut admettre encore que lorsque ce processus est entretenu durant des années au niveau de la peau, il puisse provoquer à la longue une atrophie cicatricielle de l'épiderme. Il n'en reste pas moins que le tableau si curieux et si complexe que notre malade présente au niveau du cuir chevelu et de la face est d'une interprétation plus difficile ; cette alopécie à peu près totale, cicatricielle, cet aspect momifié, presque sclérodermique par places représente un stade terminal bien troublant de cette longue inflammation traumatique de la peau. Les taches pigmentaires qui parsèment la face et la bordure du cuir chevelu posent encore un autre problème : on peut se demander si le venin sécrété par cette quantité innombrable de parasites et absorbé par la peau n'intervient pas comme facteur chromogène au même titre que celui des poux dans la phtiriase, qui provoque non seulement des pigmentations cutanées, mais même des taches pigmentaires au niveau de la muqueuse buccale.

Quant aux difficultés de diagnostic que peut poser la gale croûteuse quand on l'observe pour la première fois, nous les avons déjà suffisamment signalées pour n'avoir plus à y revenir.

RÉSULTATS COMPARATIFS ENTRE LES RÉACTIONS DE KLINE D'UNE PART, LES RÉACTIONS DE BORDET-WASSERMANN, DE HECHT-BAUER, DE VERNES ET DE KAHN D'AUTRE PART

Par Mlle Alice ULLMO
(Travail de la clinique des maladies cutanées de la Faculté de Médecine de Strasbourg.
Prof. L.-M. Pautrier).

Dans un précédent travail (1), nous avons indiqué la technique de la réaction de Kline pour le sérum chauffé, appliquée au diagnostic de la syphilis, ainsi que les avantages techniques qui nous avaient incité à expérimenter cette méthode sérologique. Nous allons maintenant donner les résultats obtenus par cette réaction en les comparant à d'autres techniques.

Le matériel de nos investigations a porté sur 1.418 sérums, provenant de spécifiques à tous les stades de leur maladie et de non spécifiques certains, ainsi que d'un certain nombre de malades sans diagnostic défini. Tous les échantillons de sang ont été examinés d'abord par une méthode au sérum frais, la réaction de Hecht-Bauer, puis après inactivation par la variante Calmette-Massol du Bordet-Wassermann, par le Kahn, par le Vernes et ensuite par le Kline. Il est évident que parmi nos résultats nous en avons beaucoup où par exemple les réactions les moins sensibles, B.-W., H.-B. et Vernes étaient négatives, alors que le Kahn et le Kline étaient positifs. Ces cas de discordance seront comptés à part en indiquant chaque fois, nommément, les résultats individuels. Donc

(1) A. Ullmo. La réaction de Kline. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, nº 6, juin 1935, pp. 521-529.

quand nous dirons : concordants, positifs ou négatifs, il ne s'agira que des cas où les 5 examens ont donné des résultats parallèles.

Nous avons examiné 1.119 sérums de syphilitiques, 298 de non syphilitiques.

Parmi nos malades syphilitiques, 84 examens concernent des *syphilitiques primaires*, des malades porteurs de chancres à différents stades de l'évolution de celui-ci. Nous avons obtenu 60 résultats concordants positifs, c'est-à-dire où les 5 réactions étaient positives, 16 résultats concordants négatifs, où toutes les 5 réactions étaient négatives (et où les malades étaient donc encore au stade pré-humoral). 8 réactions discordantes partielles, toutes par sensibilité plus grande du Kline.

Ces 8 réactions se schématisent ainsi :

Hecht-Bauer	Bordet-Wassermann	Vernes	Kahn	Kline
—	—	o	—	— ±
—	—	o	—	— ±
—	—	o	—	+ +
—	—	o	—	± +
Tardivement +	—	o	+	± ±
Tardivement +	—	o	+	+ +
Tardivement +	—	o	—	± +
—	—	o	—	+ +

En pourcentage, cela nous donne, pour la syphilis primaire, 91,6 o/o de concordances absolues et 8,4 o/o de discordances à l'avantage du Kline.

Sur 147 sérums provenant de malades en période de *syphilis secondaire*, 145 sont en concordances absolues, toutes les réactions étant positives. 2 résultats discordants furent consignés : l'un à l'avantage, l'autre au détriment du Kline. Le résultat de plus grande sensibilité du Kline est le suivant : H.-B. —, B.-W. —, Vernes o, Kahn —, Kline ± +.

Le résultat où le Kline s'est trouvé en défaut est le suivant : H.-B. tardivement +, B.-W. (+), Vernes 5, Kahn —, Kline — ±.

Il est à remarquer que dans ce cas, la réaction de Kahn, que nous considérons comme plus sensible que les 3 premières réactions, est également négative. En pourcentage, cela fait 98,6 o/o de concordance absolue.

Sur 21 sérums de *syphilitiques tertiaires*, nous avons 13 résultats positifs concordants totaux, 3 résultats négatifs concordants totaux, soit un pourcentage de 76,3 o/o de concordance. Dans 5 cas le Kline seul, ou le Kahn et le Kline furent seuls positifs.

Ces résultats s'inscrivent de la façon suivante :

Hecht-Bauer	Bordet-Wassermann	Vernes	Kahn	Kline
Tardivement +	—	o	+ + +	++ ++
—	—	o	+ +	+ +
—	—	o	—	± +
—	—	o	—	+ +
—	—	o	—	± ±

Sur 38 sérums de malades *hérédo-syphilitiques*, nous avons eu 27 concordants totaux tous positifs, et 5 concordants totaux tous négatifs, soit 84,2 o/o de concordance absolue.

Six cas dans lesquels des résultats discordants furent trouvés, les six à l'avantage du Kline, sont les suivants :

Hecht-Bauer	Bordet-Wassermann	Vernes	Kahn	Kline
—	—	o	—	± ±
—	—	o	—	+ ±
—	—	o	—	± +
—	—	o	+	+ ++
—	—	o	—	± +
—	—	o	—	+ +

Parmi nos 11 sérums concernant des *syphilis nerveuses* ou *cardio-vasculaires*, nous avons 4 concordances totales positives (3 aortites, 1 paralysie générale) et une concordance totale négative (1 paralysie générale). Parmi nos 6 discordants, à l'avantage du Kline, nous avons 5 paralysies générales et 1 tabès, tous de formules : — — o — + +, sauf 1 paralysie générale de formule : + — o — + +.

Sur 814 sérums concernant des *syphilis latentes*, nous avons trouvé 397 cas en concordance totale positive, 256 en concordance totale négative, soit 79,9 o/o de concordances totales.

Dans 4 cas seulement le Kline fut pris en défaut, étant moins sensible que les autres réactions.

Hecht-Bauer	Bordet-Wassermann	Vernes	Kahn	Kline
Tardivement +	(+)	2	—	— +
+	—	0	—	— —
Tardivement +	(+)	5	—	— +
+	(+)	7	—	— ±

Par contre, dans 157 cas, la réaction de Kline se montra nettement plus sensible que les 4 autres réactions, à l'exception parfois de la réaction de Kahn.

De la formule — — o — ± + à la formule — — o +++ ++ ++, nous avons obtenu tous les intermédiaires, qu'il serait vraiment fastidieux d'énumérer en détail. Mais même les formules — — o — ++ ++ n'étaient pas rares, nous les avons comptées 7 fois sur nos 157 exemples. Pour tous ces malades étiquetés syphilitiques latents, il s'agit d'anciens malades du service, que nous avons en traitement depuis leur chancre ou au moins de qui nous connaissons l'histoire clinique, et qui sont maintenant nos fidèles clients du Service-Annexe. Certains, à Kline faiblement positif ou douteux, avaient leur Hecht-Bauer et leur Bordet-Wassermann négativés depuis des mois ou même des années.

Parmi nos 298 sérums de malades *non spécifiques* nous avons 279 réactions entièrement négatives. Parmi les 19 cas restants, il y en a 5 où le Hecht, le Bordet, le Vernes et le Kline étant complètement négatifs, le Kahn seul s'est montré positif. Il s'agit de 2 cas de gale (— — o + + — —), de 2 cas de syphilophobie et d'un cas de sarcoïde de Bœck (— — o + — —).

Les 14 examens restants où le Kline a été plus sensible se démembrent ainsi :

1 cas de gangrène péri-anale . . .	— — o — ± ±
3 cas sans diagnostic.	— — o — ++ — — o ++ + ++ — — o — ± +
1 cas de blastomycose.	— — o — ± ±
2 cas de grossesse	— — o — ± ±

1 cas, conjoint d'une syphilis ancienne	— — o — + +
1 cas de pelade.	— — o — ± +
4 cas de gonococcie	— — o — ± ±
	tard + — 3 — ± ±
	— — o — ± +
	— — o — ± +
1 cas de phimosis inflammatoire .	— — o — ± +

*
* *

Pour être absolument impartial, nous avons noté chaque fois à part toute réaction de Kline où nous trouvions simplement la notation : douteux. Or en fait, jamais nous n'oserions porter un diagnostic chez un malade inconnu, avec une réaction douteuse, même avec le Wassermann, qui est cependant de toutes nos réactions la moins sensible.

D'un autre côté il faut tenir compte des remarques de Kline : si le diagnosis-test (première notation) est positif, on peut incriminer une syphilis. Si le exclusion-test (deuxième notation) est positif, cela n'indique pas forcément une syphilis, la réaction étant tellement sensible qu'elle peut être positive en dehors de toute infection tréponémique ; mais par contre si ce test est négatif, on peut être sûr qu'il n'y a pas de syphilis dans ce cas.

Or si nous revoyons nos résultats en ne tenant pas compte des résultats douteux (±) et au contraire en tenant compte des remarques de Kline quant au diagnosis- et au exclusion-test, nous trouvons que nos résultats discordants se réduisent presque à zéro (voir tableau).

	Toutes réactions positives	Toutes réactions négatives	Kline plus sensible	Kline moins sensible	Total
Σ I	60	21	3	0	84
Σ II	146	0	0	1	147
Σ III.	13	5	3	0	21
Σ héréditaire. . .	27	8	3	0	38
Σ nerveuse et cardio-vasculaire . .	4	1	6	0	11
Σ latente	397	316	97	4	814
Non Σ	0	295	3	0	298
Total. . . .	647	646	115	5	

Parmi nos syphilis primaires du tableau 1, seul dans 3 résultats le Kline est positif (+ +), les autres examens étant négatifs.

Pour la syphilis secondaire, il ne nous reste qu'un seul cas où le Kline a montré une sensibilité moindre que les autres réactions.

Sur nos 5 cas du tableau 2, concernant des syphilis tertiaires, 3 cas résistent au crible, et deux de ces cas s'accompagnent de réactions de Kahn également positives, les autres réactions étant négatives.

Parmi nos 6 malades hérédo-syphilitiques (tableau 3) il n'en reste que 3 à sensibilité accrue du Kline.

Pour les syphilis latentes, les 4 cas de sensibilité moindre du Kline (et du Kahn) vis-à-vis des autres réactions restent intégralement (tableau 4), par contre les réactions à Kline plus sensible que les autres tombent à 97 au lieu de 157. Nous comptons dans ces cas des Kline à résultat ± ±, ou ± +, résolument comme négatifs.

Mais du coup les résultats positifs au Kline chez des non spécifiques se réduisent aussi sensiblement et il nous en reste 3 au lieu de 14, 2 chez des malades sans diagnostic (dont l'un avait un Kahn également + +), et un chez le conjoint d'un de nos anciens syphilitiques.

D'après nos recherches comparatives, nous pouvons donc conclure que la réaction de Kline est une réaction très sensible, d'une sensibilité peut-être plus grande dans la syphilis nerveuse et cardio-vasculaire, et dans la syphilis latente.

D'un autre côté, elle est une réaction spécifique, nous ne l'avons trouvée positive que trois fois sur 298 sérums de malades non syphilitiques, encore était-elle, dans un cas, accompagnée d'un Kahn également positif et, dans un autre cas, se trouvait-elle chez la femme d'un spécifique ancien.

LE TRAITEMENT MODERNE DU BOTRYOMYCOME (GRANULOME PYOGÉNIQUE)

Par Georges HIGOUMÉNAKIS
Médecin de l'Hôpital Evangélismos (Athènes),
Directeur du Service de Dermatologie et des maladies vénériennes.

On désigne sous le nom de *Botryomycome* des tumeurs bénignes, d'une couleur rouge et possédant des caractères morphologiques et histologiques très particuliers. La dénomination de Botryomycome a été donnée par les auteurs lyonnais Poncet et Dor qui, les premiers, en 1897, observèrent les premiers cas et décrivirent la maladie. Ils choisirent ce terme parce qu'ils avaient constaté dans les tumeurs des grains jaunes semblables à ceux qu'avait décrits Bollinger dans le Botryomycome des chevaux.

D'après Darier (1) il est aujourd'hui prouvé, que les grains jaunes observés par Poncet et Dor ne sont nullement comme on l'avait cru au début des parasites, mais des cellules dégénérées. D'un autre côté le microbe qu'on isole par la culture du Botryomycome de l'homme et du cheval dénommé par Kitt (2) *Botryococcus ascoformans*, comme il est actuellement démontré, n'est pas un microbe nouveau mais le staphylocoque doré, que nous aussi nous avons toujours trouvé dans nos cas de Botryomycome. Il en résulte, que le terme de *Botryomycome* est très impropre et n'a pas d'autre excuse que l'erreur.

Frédéric proposa d'appeler l'affection qui nous occupe *granulome pédiculé bénin*, Galli et Vallerio *staphylococcie cutanée* et Périn, en 1926, *Botryome*.

D'après Darier, dont l'opinion est, pensons-nous, la plus juste, il serait plus correct d'adopter le terme de granulome pyogénique proposé par Hartzell.

Nous nous proposons seulement dans le présent travail d'exposer

notre traitement du granulome pyogénique, l'histoire clinique et anatomo-pathologique en étant désormais bien connue.

Traitement. — Jusqu'en 1921 le traitement du Botryomycome consistait presque exclusivement en l'ablation chirurgicale avec attouchements de la plaie opératoire avec une substance antiseptique. Mais comme l'affection récidivait souvent, en 1921 Civatte et Charpy proposèrent de traiter le botryomycome par les rayons ultra-violets. Malheureusement, le problème du traitement du botryomycome n'a pas été résolu par la méthode qu'ont proposée Civatte et Charpy pour la bonne raison qu'il récidivait quand même.

En janvier 1930 nous avons eu l'idée d'employer la diathermo-coagulation en nous basant sur l'excellence des résultats qu'elle nous donna toujours toutes les fois que nous l'avons employée pour la destruction des tumeurs bénignes de la peau et des muqueuses et sur le fait qu'elle consiste en une intervention d'une durée de quelques minutes. Les cas rapportés plus loin de botryomycome, que depuis 1930 nous avons guéris par une seule séance de diathermo-coagulation, témoignent de la supériorité de cette méthode vis-à-vis des autres procédés thérapeutiques. Nous insistons plus particulièrement sur le fait que les malades supportent une seule séance et ensuite rien que des pansements aseptiques jusqu'à la chute spontanée de l'eschare produite par la diathermo-coagulation ; en outre l'hémorragie abondante qui se produit au moment de l'intervention chirurgicale est très facilement jugulée par la diathermo-coagulation. Cazazza qui, d'après une publication parue en 1931, a employé aussi la diathermo-coagulation, recommande l'emploi d'une pommade au néosalvarsan et attribue son action thérapeutique à l'action spécifique que possède l'arsenic vis-à-vis des tumeurs et non à l'action tréponémicide comme l'admettent Gonin et Pouzin, les premiers qui aient employé le néosalvarsan intraveineux pour le traitement du botryomycome. Cette pommade de Cazazza nous l'avons aussi employée sur un de nos cas avec des résultats tellement satisfaisants que nous avions tendance à abandonner la diathermo-coagulation au profit de la pommade arsenicale, méthode beaucoup plus simple. Mais l'expérience nous montra que son action est très inconstante et dans deux cas nous avons été obligés d'employer de nouveau la diathermo-coagulation qui amena la guérison définitive du malade.

Quant au mode d'action de la pommade au néosalvarsan sur le botryomycome, nous pensons que l'explication donnée par Cazazza est la vraie ; dans nos cas nous n'avons pas trouvé de spirochètes et leur constatation dans quelques cas nous semble accidentelle et sans aucune relation avec l'agent pathogène de la maladie. Par conséquent l'interprétation de Gonin et Pouzin nous paraît erronée.

Marin (26) recommande la radiothérapie comme étant le procédé de choix, puisqu'il est parvenu à guérir 15 cas de botryomycome, sans douleurs, ni incidents désagréables; la tumeur disparaît en six semaines au maximum.

Prophylaxie. — Etant donné que, d'après l'avis de tous les auteurs, le botryomycome se développe sur des plaies minuscules spontanées ou sur des plaies chirurgicales surinfectées par le staphylocoque doré, il est recommandé de prendre toutes les précautions aseptiques indiquées en cas pareils ; ainsi, la prédisposition spéciale de l'organisme (probablement indispensable), aidant l'infection par le staphylocoque d'une plaie spontanée ou chirurgicale, est susceptible d'engendrer le botryomycome.

* * *

Pour le traitement de presque tous les cas de botryomycome que nous avons observés depuis 1929 tant dans notre consultation de l'Hôpital Evangelismos que dans notre clientèle privée, nous avons employé la diathermo-coagulation avec les résultats qu'on va lire.

Cas n° 1. — P. A..., 34 ans, célibataire, originaire de Stamboul. Se présenta le 28 janvier 1930, se plaignant d'avoir vu apparaître sur la lèvre inférieure une petite élévation qui, quelque temps après, se couvrit d'une croûte, sous laquelle se formait une petite quantité de pus ; après l'application d'une pommade, la croûte tombait et laissait sourdre du pus, souvent mélangé de sang. D'ailleurs, la tumeur saignait facilement au plus léger attouchement. Au bout de 2 mois et demi, il consulta un médecin, qui fit le diagnostic de chancre mou et soumit le malade à divers traitements locaux par des caustiques.

État présent. — Sur la moitié gauche de la lèvre inférieure et sur la surface muqueuse, existe une petite tumeur, grosse comme un pois ; sa surface est mûriforme, se couvre d'une croûte mélicérique qui, soulevée, provoque une hémorragie. Autour d'elle, on voit un bord périphérique formé par l'adhérence de la croûte avec les vestiges de l'épiderme ; examiné plus attentivement, ce bord se montre mou et non dur

comme celui des néoplasmes et renferme du liquide séro-purulent. En décollant la croûte, la tumeur apparaît avec sa surface mûriforme, entourée d'un sillon duquel sort du liquide séro-purulent. L'épiderme est décollé, jusqu'à quelques millimètres au delà du sillon, comme on peut se rendre compte à l'aide de la pointe d'un couteau.

Diagnostic. — Botryomycome.

Traitement. — Une seule séance de diathermo-coagulation ; après quelques jours, l'eschare formée tomba spontanément, ayant laissé une



Fig 1. Fig. 2.

cicatrice très mince, invisible, comme on peut s'en rendre compte sur les photographies nos 1 et 2.

Cas n° 2. — Mme A. I..., 62 ans, mariée, ménagère. En janvier 1930, elle s'est blessée au paramédius de la main gauche avec un instrument de ménage ; quelques jours après, la petite blessure a suppuré et ne présentait aucune tendance à la cicatrisation, au contraire, elle saignait au moment du pansement et au centre il se développait une tuméfaction d'aspect granuleux, augmentant progressivement. C'est pour cette tuméfaction qu'elle est venue consulter. A la face interne de la phalangette du paramédius gauche, elle présente une tumeur pédiculée, grosse comme un pois, de couleur rouge et d'aspect mûriforme. A la périphé-

rie, on voit les lambeaux d'une phlyctène rompue entourant sa base étranglée à la manière d'un faux-col. Entre la tumeur et les reliquats de la phlyctène rompue, on voit un espace sillonné laissant sourdre un liquide purulent.

Diagnostic. — Botryomycome.

Traitement. — Par une seule séance de diathermo-coagulation, le botryomycome se détruisit et la guérison s'affirma en 15 jours sans



Fig. 3. Fig. 4

récidive ; la cicatrice restée après le traitement est très mince et invisible.

Cas n° 3. — X. K..., 13 ans, originaire de Pyrgos. Il consulte parce que, un an auparavant, il avait été vacciné contre la variole à la région moyenne du bras gauche et depuis cette époque l'ulcération produite par la vaccination persistait suppurante et sans aucune tendance à la cicatrisation malgré les divers traitements appliqués. La tumeur a un aspect mûriforme, grosse comme une noisette, avec étranglement à sa base, s'entoure de vestiges de phlyctène rompue, saigne facilement et du sillon périphérique on voit sourdre du pus.

Diagnostic. — Botryomycome.

Traitement. — Diathermo-coagulation. Après la chute spontanée de l'eschare, il reste une cicatrice très mince.

Cas n° 4. — G. K..., 29 ans, de Corinthe. Consulte le 17 mars 1930, car depuis quelques mois apparurent sur son cuir chevelu deux petites tumeurs, qui peu à peu revêtirent les dimensions d'une noisette. Il s'adressa à un chirurgien qui posa le diagnostic de kystes sébacés et les enleva. Plus tard, sur les plaies opératoires, avant que leur cicatrisation soit accomplie, apparurent les deux tumeurs n'ayant aucune tendance à la cicatrisation. Sur la région temporo-pariétale et occipitale, on voit deux petites tumeurs, mûriformes, de dimensions d'une noisette à surface sillonnée et couverte d'une croûte hématique ; la base est étranglée et s'entoure d'un sillon périphérique qui, à la pression, fait sourdre du liquide séro-purulent. La surface de ces deux tumeurs saigne facilement à tout contact.

Diagnostic. — Botryomycome.

Traitement par la diathermo-coagulation. Après la chute spontanée des eschares, persistent des cicatrices très minces, à peine visibles.

Cas n° 5. — M[me] K. E..., 60 ans. Consulte le 13 mars 1931 parce que depuis deux semaines elle présente sur la face interne de la première phalange du pouce droit une tumeur mûriforme, étranglée à sa base, grosse comme un pois, saignant facilement et entourée autour de sa base de lambeaux de l'épiderme réalisant un aspect de faux-col. Entre ces lambeaux et la base, on voit un sillon laissant sourdre à la pression du liquide séro-purulent.

Diagnostic. — Botryomycome.

Traitement. — Diathermo-coagulation, guérison.

Cas n° 6. — K. D..., 10 ans, consulte le 18 novembre 1931, car sur la joue gauche, près de l'angle de la bouche, elle présente une éruption faite de vésicules grosses comme des lentilles remplies de liquide séro-purulent, et d'ulcérations confluentes en plaques développées sur une base inflammatoire et couvertes de croûtes mélicériques. Sur le dos du paramédius de la main droite, on voit une petite tumeur, grosse comme un pois, entourée d'un sillon suppurant. La surface est mûriforme et saigne facilement.

Diagnostic. — Botryomycome, impétigo.

Traitement. — Diathermo-coagulation, guérison.

Cas n° 7. — M[lle] K. El..., 16 ans. Consulte le 30 novembre 1931, car depuis quelques mois elle a vu apparaître sur la région occipitale gauche une éruption pour laquelle elle a subi bien des traitements mais sans résultat. Elle y présente deux tumeurs rouges d'aspect rappelant celui d'un champignon, grosses comme une petite noix, à surface

mûriforme, superficiellement sillonnée, saignant facilement et couverte de croûtes hématogènes. A leur racine, elles sont entourées d'un sillon périphérique duquel sort du liquide séro-purulent (Phot. n° 5).



Fig. 5.

Diagnostic. — Botryomycome.
Traitement. — Diathermo-coagulation avec résultat excellent.

Cas n° 8. — M. K..., 15 ans.. Consulte le 17 mai 1932 parce que, depuis 7 mois, il présente à l'angle gauche de la bouche une tumeur

pédiculée grosse comme une noisette, étranglée à la base et à surface mûriforme. Elle s'entoure à sa racine d'un sillon formé du pédicule et des lambeaux épidermiques voisins : par la pression il en sort un liquide séro-purulent. La surface saigne facilement et se couvre en partie de croûtes hématiques.

Diagnostic. — Botryomycome.

Traitement. — Diathermo-coagulation, guérison.

Cas n° 9. — M. K..., 20 ans. Consulte le 10 février 1932 car, en octobre 1931, il ressentit des douleurs à la partie supérieure de la ligne interfessière et à la région coccygienne. Quelques jours après, au moment de s'asseoir, il ressentit une tension au niveau de la région douloureuse et le lendemain il constate du pus sur ses habits. Depuis il retrouve sur ses habits une petite quantité de pus, sans phénomènes subjectifs notables. Au tiers supérieur de la partie interne de la fesse droite, il présente une tuméfaction grosse comme un pois, entourée d'un sillon dont sourd à la pression du liquide pyo-sanglant. La surface de cette tumeur est mûriforme et saigne facilement au toucher. Au sillon interfessier et un peu au-dessus de cette tumeur, on voit un orifice béant, donnant du pus et duquel s'échappe une touffe de poils qu'on peut facilement à l'aide d'une pince tirer en dehors, sans aucune résistance ; ces poils sont longs de 3 centimètres et, après la sortie de la première touffe, on voit à cet orifice une seconde touffe de poils.

Diagnostic. — Botryomycome, fistule suite de suppuration de kyste dermoïde ouvert spontanément, probablement au cours d'un mouvement comme il y insiste nettement dans son histoire ; la tension qu'il ressentait cessa brusquement et, le lendemain, il constata une quantité de pus sur ses habits en contact avec le kyste rompu. Il n'a pas voulu se faire traiter.

Cas n° 10. — T. Th..., 22 ans. Consulte le 29 septembre 1932, accusant une éruption des deux mains datant de 15 jours. Sur les doigts des deux mains il présente plusieurs phlyctènes grosses comme une lentille, développées sur base inflammatoire, dont quelques-unes sont rompues et couvertes de croûtes. Sur l'index de la main gauche, il présente une tumeur rouge, grosse comme un pois, à surface mûriforme, entourée à sa base de lambeaux de la phlyctène rompue, à la manière d'un faux-col. Du sillon périphérique il sort par pression du liquide séro-purulent.

Diagnostic. — Botryomycome, pyodermite.

Traitement. — Diathermo-coagulation, guérison.

Cas n° 11. — X. D..., 22 ans. Consulte parce qu'il présente sur les gencives de la mâchoire inférieure, à gauche, une petite tumeur, pour laquelle son dentiste l'avait soigné à plusieurs reprises, mais sans résultat. Cette tumeur a la grosseur d'un pois, sa surface est mûriforme et saigne facilement à tout attouchement ; elle est entourée d'un sillon d'où sort par la pression du liquide séro-purulent.

Diagnostic. — Botryomycome. N'est pas venu se faire traiter.

Cas n° 12. — A. B..., 32 ans. Consulte le 21 avril 1933, pour éruption du pouce gauche : autour de l'ongle, on voit une infiltration inflammatoire et à son émergence une tuméfaction ronde, grosse comme une lentille, de couleur rouge, à surface mûriforme, et entourée d'un sillon périphérique d'où sort un liquide séro-purulent à la pression.

Diagnostic. — Botryomycome avec périonyxis. Diathermo-coagulation, guérison.

Cas n° 13. — Z. X..., 5 ans, est amené le 26 juin 1933 pour une éruption de la région occipitale datant de 2 mois et saignant facilement et abondamment à tout contact. On y voit une tumeur, grosse comme une noisette, de couleur rouge-violet, couverte d'une croûte hématique après l'enlèvement de laquelle il sourd du liquide séro-purulent et sa surface se présente mûriforme ; à sa base, on voit un étranglement net, entouré d'un sillon.

Diagnostic. — Botryomycome.

Traitement. — Après ablation de la tumeur avec des ciseaux courbes, se produisit une hémorragie telle qu'on avait l'impression de se trouver devant un angiome ; l'hémorragie a été facilement et rapidement tarie par la diathermo-coagulation à l'aide de laquelle nous détruisîmes la base et le sillon périphérique du botryomycome.

Cas n° 14. — Enfant de 16 mois est amené par sa mère le 20 juillet 1933 pour une éruption du pénis datant d'un mois. D'après les dires de la mère, sur le pénis apparut d'abord un amas de vésicules à liquide clair qui, rompues, laissèrent une exulcération sur laquelle, en l'espace de 20 jours, se développa la tumeur mûriforme. Sur la face interne du prépuce et le côté gauche du pénis, on voit une petite tumeur mûriforme, grosse comme un pois avec léger étranglement à la base et sillon périphérique l'entourant en faux-col. La surface saigne facilement à tout attouchement un peu maladroit du fait de la vascularisation abondante (Photo n° 6).

Diagnostic. — Botryomycome.

Traitement. — En raison de l'âge de notre petit malade (16 mois), à

la place de la diathermo-coagulation nous avons employé la pommade au néosalvarsan préconisée par Casazza, qui nous donna des résultats brillants, en l'espace de 10 jours. Avant l'application de la pommade, nous avons cherché, dans l'exsudat du botryomycome, des spirochètes sans en trouver.



Fig. 6.

Cas n° 15. — Mme M. E..., 34 ans, consulte le 1er novembre 1933 pour une petite tumeur de l'auriculaire droit développé sur le fond d'une ulcération traumatique infectée et provoquée par une épine de roses, 20 jours auparavant. Cette tumeur mûriforme, de la grosseur d'une noisette, présente un léger étranglement à sa base et est entourée d'un sillon périphérique duquel sort à la pression un liquide séro-purulente. Au plus petit traumatisme, elle saigne facilement et par endroits, elle est couverte d'un enduit jaunâtre et de croûtes hématiques (Phot. n° 7).

Diagnostic. — Botryomycome. L'examen microscopique pour la recherche du spirochète est resté négatif.

Traitement. — Malgré l'absence de spirochètes dans la tumeur de notre malade, nous avons employé la pommade au néosalvarsan d'après Casazza pendant un mois entier, mais sans aucun résultat, si bien que nous avons été amené à l'abandonner.



Fig. 7.

Cas n° 16. — Jeune fille M..., 14 ans. Consulte le 15 novembre 1933 pour éruption des doigts de la main droite et du médius et paramédius gauches, datant de plusieurs jours et caractérisée par des plaques infiltrées et parsemées de vésicules très petites, dont quelques-unes suppurent. En d'autres points, on voit des ulcérations couvertes de croûtes et de squames. Les tissus à l'émergence de l'ongle sont enflammés et on y voit émerger une petite tumeur mûriforme, grosse comme un pois, étranglée à sa base et entourée d'un sillon périphérique donnant du liquide séro-purulent. En plusieurs endroits de sa surface, cette tumeur est couverte de croûtes formées de débris cellulo-sécrétoires.

Diagnostic. — Eczéma infecté, botryomycome. L'examen microscopique du liquide, prélevé sur la tumeur mûriforme n'a pas montré de spirochètes.

Traitement. — Nous avons appliqué la pommade de Casazza au néosalvarsan, sans aucun résultat.

Cas n° 17. — Mme R. A..., 32 ans. Consulte le 15 décembre 1933 pour une petite tumeur de la région temporale gauche, datant de 3 mois et saignant facilement au plus petit traumatisme. Elle a la grosseur d'une noisette, sa surface est mûriforme et par endroits couverte de croûtes jaunâtres et hématiques. Le pédicule de cette tumeur est entouré d'un sillon périphérique duquel sort un liquide purulent.

Diagnostic. — Botryomycome. La recherche des spirochètes a été négative.

Traitement. — A cause de l'échec que nous avons eu par la pommade au néosalvarsan dans nos 2 cas, nous détruisîmes la tumeur mûriforme par la diathermo-coagulation avec résultat parfait.

Cas n° 18. — X. D..., 45 ans. Consulte en février 1934 pour une petite tumeur de la joue gauche, datant de plusieurs jours et saignant facilement à tout contact. Cette tumeur s'est développée sur les ulcérations d'impétigo, et offre un aspect mûriforme ; elle est grosse comme une noisette, étranglée à sa base avec sillon périphérique et couverte d'une croûte hématique, dont l'ablation provoque une hémorragie.

Diagnostic. — Botryomycome.

Traitement. — Diathermo-coagulation avec résultats thérapeutiques et esthétiques parfaits.

Cas n° 19. — Mlle X..., 25 ans. Consulte en mars 1934 pour une tumeur de la région pariétale, datant de 20 jours et donnant une sécrétion muco-purulente ; elle saigne surtout quand la malade se peigne et, pour éviter l'hémorragie, elle a dû couper les poils autour de la tumeur. La malade attribuait la tumeur à des traumatismes répétés, occasionnés par mégarde pendant qu'elle se peignait ; la tumeur a un aspect mûriforme et la grosseur d'une cerise avec étranglement à la base et sillon périphérique ; elle se couvre d'une croûte hématique.

Diagnostic. — Botryomycome.

Traitement. — Diathermo-coagulation avec résultat excellent.

Cas n° 20. — A. K..., médecin, 45 ans. Consulte en août 1934 pour une petite tumeur de l'auriculaire droit datant d'une semaine environ ; la tumeur avait été enlevée par un chirurgien mais récidiva au bout de 2 jours ; cette tumeur s'était développée sur une érosion traumatique faite sous l'ongle par un instrument pointu. Elle a la grosseur d'un pois et s'entoure d'un sillon périphérique duquel sort à la pression du liquide séro-purulent.

Diagnostic. — Botryomycome.

Traitement. — Diathermo-coagulation avec succès.

Cas n° 21. — D. A..., 60 ans. Consulte le 17 août 1934 pour une petite tumeur de l'index droit, datant de quelques jours et saignant très facilement. Elle a un aspect mûriforme de la grosseur d'un pois, est entourée d'un sillon périphérique et couverte d'une croûte hématique jaune ; à son enlèvement la tumeur saigne.

Diagnostic. — Botryomycome.
Traitement. — Diathermo-coagulation, guérison.

Cas n° 22. — M. M..., 20 ans. Consulte le 28 septembre 1934 pour une éruption des doigts des deux mains. Autour des ongles, nous constatons des bulles contenant un liquide séro-purulent et des érosions développées sur base inflammatoire et couvertes de croûtes jaune sombre. En plus du fond de l'émergence de l'ongle on voit apparaître une petite tumeur mûriforme, grosse comme un pois, entourée d'un sillon périphérique et saignant facilement à tout contact.
Diagnostic. — Pyodermite, botryomycome. Ne s'est pas soumis au traitement.

Cas n° 23. — Mlle T..., 23 ans. Consulte le 23 mai 1934 pour éruption du pavillon de l'oreille droite datant de 20 jours ; au sillon auriculo-temporal nous constatons des érosions sur base inflammatoire et couvertes de croûtes jaunâtres. Le conduit auditif externe est enflammé et sur lui on trouve implantée une petite tumeur, du volume d'une grosse tête d'épingle, entourée d'un sillon périphérique donnant un liquide séro-purulent.
Diagnostic. — Impétigo. Botryomycome.

Cas n° 24. — Mme G..., 52 ans. Consulte le 28 juin 1934 pour une petite tumeur du dos, saignant facilement et datant de trois mois environ. Par l'examen clinique, nous avons constaté que cette tumeur de couleur rouge était mûriforme, étranglée à sa base et entourée d'un sillon périphérique donnant à la pression un liquide séro-purulent. La tumeur était couverte d'une croûte hématique.
Diagnostic. — Botryomycome.
Traitement. — Diathermo-coagulation.

Cas n° 25. — Mlle P..., 9 ans. Consulte le 21 juillet 1934 pour une tumeur de l'aile gauche du nez saignant facilement et développée sur une petite écorchure depuis un mois ; cette tumeur a la grosseur d'un pois et de plus s'entoure d'un sillon périphérique ; sa surface est mûriforme et se couvre d'une croûte hématique dont l'ablation provoque une hémorragie.
Diagnostic. — Botryomycome.

Cas n° 26. — Fillette P..., 6 ans, est amenée le 27 juillet 1934 par sa mère pour éruption du cuir chevelu datant de 2 mois. Elle y présente des érosions confluentes en plaques, sur base inflammatoire et couvertes de croûtes jaunâtres. Sur le front, elle présente une tumeur mûriforme grosse comme un pois, de couleur rouge sombre, étranglée à la base et entourée d'un sillon périphérique donnant du liquide séro-purulent. La surface était couverte d'une croûte jaune hématique.
Diagnostic. — Impétigo du cuir chevelu, botryomycome.

Cas n° 27. — M. L..., 60 ans. Consulte le 30 juillet 1934 pour une tumeur de l'avant-bras droit datant d'un mois environ et saignant facilement au plus léger traumatisme. Cette tumeur d'aspect mûriforme et grosse comme une noisette, est rouge sombre, nettement étranglée à sa base, et entourée d'un sillon périphérique. Sa surface est couverte d'une croûte hématique qui, enlevée, laisse se produire une hémorragie.

Diagnostic. — Botryomycome.

Traitement. — Diathermo-coagulation, guérison.

Cas n° 28. — Mme X..., 50 ans. Consulte le 2 août 1934 pour une



Fig. 8. Fig. 9.

tumeur de la nuque, datant de 6 mois environ, saignant facilement et abondamment au plus petit attouchement, surtout la nuit. La tumeur est pédiculée, longue de 5 centimètres et large de 10 centimètres et demi à sa base, 12 centimètres à la partie moyenne et 10 centimètres un quart au niveau du sillon périphérique. Comme on voit sur la photographie, elle présente deux étranglements, un à la racine et autre 4 centimètres au-dessus du sillon périphérique. Jusqu'à ce niveau, la tumeur était couverte par la peau. Du sillon périphérique émerge une surface semblable à un gland, saignant facilement et abondamment toutes les fois

qu'on essaye d'enlever la croûte hématique qui la recouvre. Le sillon périphérique qui l'entoure est mou et profond de quelques millimètres. Autour de la tumeur ainsi que sur quelques points de la peau qui la recouvre, on voit des érosions couvertes de croûtes jaunâtres.

Diagnostic. — Impétigo. Botryomycome.

Cas n° 29. — M. X..., 22 ans. Consulte le 19 août 1934 pour une petite tumeur du front datant d'un mois environ ; cette tumeur est rouge, mûriforme, étranglée à la base et entourée d'un sillon périphérique.

Diagnostic. — Botryomycome.

Cas n° 30. — M. G..., 19 ans. Consulte le 16 août 1934 pour une tumeur ressemblant à un champignon au niveau de la face interne de la lèvre inférieure, développée sur une petite blessure produite pendant la mastication et datant d'un mois et demi environ. La tumeur, grosse comme une cerise, est étranglée au niveau de son pédicule, s'entoure d'un sillon périphérique et sa surface est nettement lisse.

Diagnostic. — Botryomycome.

Traitement. — Diathermo-coagulation avec résultat parfait.

Technique

La guérison du Botryomycome par la diathermo-coagulation s'obtient au moyen d'une température au-dessus de 60° développée par les courants de haute fréquence découverts par d'Arsonval et mis dans la pratique médicale depuis 1910.

La diathermo-coagulation a été d'abord employée en France par Doyen. Cette nouvelle méthode thérapeutique donna rapidement des résultats excellents tant en France, surtout entre les mains de Bordier, qu'en Allemagne dans diverses interventions chirurgicales.

Pour le traitement du Botryomycome nous employons deux électrodes, l'une *inerte* représentée par une plaque 20 × 40 et l'autre, l'électrode active, d'une longueur de 3 centimètres à bout aplati, ovalaire et supportée par un manche isolant en ébonite. Le malade est placé sur la table diathermique et nous pratiquons d'abord l'anesthésie locale à la novocaïne du Botryomycome et ensuite à l'aide de l'électrode active (l'appareil étant en marche) nous procédons à la destruction de la tumeur en trois temps de la façon suivante :

a) Nous mettons l'électrode active en contact avec l'endroit par où nous avons enfoncé l'aiguille pour l'anesthésie, afin de faire cesser l'hémorragie par la production d'une eschare ; ensuite nous mobilisons l'électrode active sur toute la surface du Botryomycome jusqu'à ce qu'il soit complètement détruit et nous portons la destruction même un 1/2 centimètre au delà du sillon périphérique sur l'épiderme environnant.

b) Par la curette nous enlevons les eschares produites par la diathermo-coagulation. Si en un ou plusieurs points de l'ulcération qui existe après le curetage il se produit une hémorragie capillaire c'est qu'il existe encore dans les parties saignantes des reliquats du Botryomycome qu'il faut détruire encore par la diathermo-coagulation afin d'éviter la récidive.

c) Dès que le fond de l'ulcération dénudée par le curetage ne saigne plus et que sa surface sécrète un liquide séreux peu abondant, nous réalisons sur cette surface à l'aide de l'électrode active une eschare dont l'épaisseur est proportionnelle à la profondeur de l'ulcération, c'est-à-dire qu'elle doit être plus épaisse au centre et plus mince à la périphérie ; cette disposition est nécessaire car, elle seule, permet la formation de cicatrices invisibles de loin et difficiles à distinguer de près.

L'intervention ne dure que 10 minutes environ et après elle nul besoin de pansement spécial, étant donné que l'ulcération est protégée par la croûte noirâtre. Le lendemain on voit un léger œdème qui généralement est transitoire et semble devoir être attribué aux troubles circulatoires causés par l'intervention. Des pansements humides à l'acide borique (3 o/o) en facilitent la disparition.

La chute spontanée de la croûte après cicatrisation de l'ulcération se fait dans des délais en rapport avec l'étendue de l'ulcération et ceux-ci sont d'autant plus courts que les pansements boriqués sont appliqués après la disparition de l'œdème jusqu'à la cicatrisation complète. La cicatrice au début a un aspect rouge sombre, mais en 15-20 jours elle prend la couleur de la peau normale au point qu'elle devient difficile à reconnaître de près et est invisible de loin.

Mode d'action des courants de haute fréquence. L'électrode active mise en contact avec la surface de la tumeur, il se ferme à travers les tissus un circuit de courants de haute fréquence qui

forment un cône dont le sommet correspond à l'électrode active et la base à la surface de contact du malade avec l'électrode indifférente ou inactive. La résistance qu'opposent les tissus placés dans le cône en question, fait que le courant en passant par eux, se transforme en chaleur faisant monter la température des tissus. Cette température est d'autant plus élevée que la section disponible du cône pour le passage du courant est plus petite et son maximum se développera au sommet du cône c'est-à-dire au point de contact de l'électrode active avec la tumeur du botryomycome. Le degré de la température à ce niveau dépend de trois facteurs : *a*) de l'intensité du courant ; *b*) de la durée du contact de l'électrode active avec la tumeur et *c*) de la fréquence des périodes d'alternances du courant, qui varient de 500.000-3.000.000 par seconde, suivant l'appareil utilisé. Au point où la température est au maximum, les tissus se coagulent et l'extension de cette coagulation en profondeur dépend des facteurs cités plus haut. Le résultat obtenu diffère de celui donné par le courant électrique ordinaire ou le thermocautère, en ce sens, que dans le premier cas les tissus se coagulent, et dans le second ils sont carbonisés.

L'emploi de cette méthode exige une compréhension complète du mode d'action de la diathermie en général et une grande dextérité dans l'utilisation de l'électrode active, et surtout dans l'appréciation de l'intensité du courant employé et du temps de contact de cette électrode avec les tissus à détruire.

Sans ces précautions se produiront des ulcérations plus profondes, des tissus sains seront détruits et il en résultera la formation de cicatrices difformes ou bien une destruction seulement partielle de la tumeur. Dans ces conditions, le botryomycome réapparaîtra de nouveau. Un autre facteur très important est le suivant : pour chaque cas il faut varier l'intensité et le temps d'application du courant, suivant les circonstances individuelles.

L'emploi de la diathermo-coagulation implique beaucoup de prudence toutes les fois que le botryomycome avoisine des vaisseaux ou des os, dont il faut éviter l'atteinte par l'intervention.

L'avantage le plus important de la diathermo-coagulation, vis-à-vis des autres méthodes thérapeutiques, est la guérison sûre du botryomycome en une seule séance, sans précautions d'asepsie obligées, le manque d'hémorragie pendant l'intervention malgré la

grande richesse vasculaire du botryomycome, la non-récidive, et enfin la presque invisibilité des cicatrices laissées par l'intervention.

Les trente cas de botryomycome que nous avons observés depuis 1929, tant dans notre consultation de l'hôpital « Evangélismos » que dans notre clientèle privée ont été guéris presque exclusivement par la diathermo-coagulation avec résultats thérapeutiques parfaits.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en avril 1935.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Qu'est-ce que le gonocoque? par P. Barbellion. *Annales des Maladies Vénériennes,* année **30**, n° 4, avril 1935, p. 241, 12 fig.

B. passe en revue les caractères du gonocoque et montre que l'examen direct reste malgré l'apparence et s'il est bien fait, infiniment préférable à la culture qui est cause, vu les difficultés techniques, d'erreurs innombrables. H. Rabeau.

Valeur diagnostique des injections intradermiques d'antivirus spécifique dans la gonorrhée, par J. M. Lévine. *Annales des Maladies Vénériennes,* année **30**, n° 4, avril 1935, p. 271.

Tout en reconnaissant une valeur diagnostique importante au test cutané, qui doit être pris en considération, celui-ci doit être comparé avec les données cliniques. H. Rabeau.

Défense cutanée du syphilitique, éruption (toxique) curatrice d'une gomme du nez, par Gougerot, Halphen et Stewart. *Annales des Maladies Vénériennes,* année **30**, n° 4, avril 1935, p. 279.

Observation de gomme syphilitique du nez complètement et rapidement guérie par un seul centigramme de HgCy et une seule injection de 0,15 de 914, traitement déclenchant une éruption cutanée (sans doute arsenicale). Elle constitue une nouvelle preuve du rôle important joué par la défense cutanée dans la guérison des accidents syphilitiques.

H. Rabeau.

Sur un procédé d'auto-hémothérapie arsenicale, d'exo-hémophylaxie, en injections très diluées, par Léon C. Waintraub. *Annales des Maladies Vénériennes,* année **30**, n° 4, avril 1935.

Il consiste à aspirer plusieurs fois, au cours de l'injection, du sang de la veine du malade dans laquelle l'on pousse l'injection de façon à diluer continuellement la solution mère de novarsénobenzol que l'on désire injecter. H. Rabeau.

Note sur le traitement des urétrites par les solutions irradiées, par H. van den Sype. *Annales des Maladies Vénériennes,* année **30**, n° 4, avril 1935.

Les sels d'acridine, préalablement irradiés, donnent en grands lavages la disparition plus rapide de l'écoulement et des résultats sensiblement plus rapides que les autres traitements, sans qu'il en résulte d'inconvénients particuliers. H. Rabeau.

Annales de Médecine (Paris).

Le purpura des hépatiques, par P. Abrami. *Annales de Médecine,* t. **37**, n° 1, janvier 1935, pp. 71-79

Brillant exposé où l'auteur démontre que le purpura qu'on rencontre si souvent chez les hépatiques ne diffère en rien de l'hémogénie pure et qu'il a comme elle son substratum, non dans les lésions de la cellule hépatique, mais dans les altérations de la rate et du système réticulo-endothélial. La splénectomie, avant ou après destruction du parenchyme hépatique, évite purpura et hémorragies. A. Bocage.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Cancer cutané et soleil (carcinomes et sarcomes provoqués par l'action du soleil in toto), par A. H. Roffo. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* année 98, série 3, t. **112**, n° 42, 26 déc. 1934, pp. 835-839, 4 fig.

Une commission composée de MM. Béclère, Roussy et Hartmann présente un rapport sur ce travail qui établit nettement que chez le rat et la souris l'exposition quotidienne prolongée au soleil, ou à des lampes émettant des radiations ultra-violettes, aboutit à la production d'hyperkératose des points de la peau non protégés par les poils, ou épilés, lésion qui se cancérise bientôt. On obtient tantôt des sarcomes, tantôt des épithéliomas sans raison apparente. Très tôt après le début de l'irradiation se font des modifications biochimiques des tissus, en particulier une surcharge locale en cholestérine.

A. Bocage.

Action du bleu de méthylène sur les lépromes in vivo, par E. Marchoux et V. Chorine. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* année 99, série 3, t. **113**, n° 1, 8 janvier 1935, pp. 10-12.

L'expérimentation sur le rat montre que le bleu teinte les bacilles lépreux qui restent colorés, alors que les cellules de l'organisme réduisent la matière colorante. Le bleu n'est, on le sait, pas nocif pour le bacille, mais il pourrait peut-être « servir de conducteur pour un produit actif qui l'accompagnerait ». A. Bocage.

La lymphogranulomatose bénigne doit être nommée bubon climatique, par E. Brumpt. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année 99, série 3, t. **113**, nº 5, 5 février 1935, pp. 162-165.

Excellent rappel historique de ce qu'est cette maladie, avec énumération de toutes les synonymies, qui sert à l'auteur à défendre sa thèse, en proposant comme seule valable la dénomination de bubon climatique donnée par Cantlie, de Hong-Kong, en 1896.

A. Bocage.

Sur la maladie de Nicolas-Favre, par J. Darier. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année 99, série 3, t. **113**, nº 6, 17 février 1935, pp. 210-211.

L'auteur montre que c'est à Nicolas et Favre qu'on doit d'avoir compris ce qu'est la lymphogranulomatose bénigne et que c'est eux qui en ont fait une individualité nosologique. On en connaissait, c'est vrai, les diverses localisations, mais avant eux on ne les avait jamais attribuées à une même cause étiologique, et c'est de leur conception que découlent toutes les recherches qui ont abouti à la réaction de Frei, à l'inoculation aux animaux et à toutes les découvertes récentes sur la maladie qu'ils ont étudiée et qui mérite donc de porter leur nom.

A. Bocage.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux (Paris).

Un cas de primo-infection tuberculeuse avec érythème noueux chez une fillette de onze ans, par L. Bethoux et E. Berthet. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, année **51**, série 3, nº 11, 1er avril 1935, p. 508.

Observation d'une fillette de 11 ans, ayant vécu au contact d'un beau-père tuberculeux et présentant un syndrome asthénique accompagné d'une température à 38° le soir, avec amaigrissement ; la cuti-réaction à la tuberculine brute et une intradermo-réaction à la tuberculine à 1/1.000e sont négatives. Peu de temps après le test, apparition d'un érythème noueux. La cuti-réaction devient fortement positive après cet incident. Les auteurs demandent qu'en même temps que la cuti-réaction, l'intradermo-réaction à la tuberculine soit aussi pratiquée, car c'est une réaction plus fidèle et plus sensible. Elle viendra compléter l'enquête clinique, étiologique et radiologique.

H. Rabeau.

Un cas d'accident tertiaire chez un paralytique général impaludé, par L. Spillmann, P. C. Drouet, E. Autin et L. Mignardot. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, année **51**, série 3, nº 11, 1er avril 1935, p. 511.

Intéressante observation d'un malade atteint de tabès associé à une méningo-encéphalite que l'on traite par la malaria d'abord, puis par

le stovarsol sodique et le quinby soluble. Quelques semaines après l'arrêt de l'impaludation, apparition d'accidents syphilitiques de type tertiaire, en même temps que l'on constatait une régression sensible du syndrome humoral du sang et du liquide céphalo-rachidien. Les tests cutanés montrent l'apparition d'un état allergique. Les auteurs font remarquer que la malariathérapie n'est pas indispensable pour provoquer cette modification du terrain. Ils publient à ce propos deux observations de malades atteints de méningo-encéphalite chez lesquels, au cours d'une très longue rémission spontanée, apparurent des accidents tertiaires. H. Rabeau.

Syndrome parkinsonien d'origine syphilitique. Régression presque totale et durable après traitement spécifique, par R. Garcin et R. Laplane. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, année **51**, série 3 ,n° 11, 17 avril 1935, p. 511.

Femme de 35 ans qui, en décembre 1929, présente une céphalée avec vomissements qui cèdent à un traitement antisyphilitique qui ne fut pas continué. En 1930, apparition de raideur musculaire avec lenteur des mouvements, phénomènes qui progressent jusqu'en 1932, date à laquelle les auteurs examinent la malade. A ce moment, syndrome parkinsonien typique avec signe d'Argyll-Robertson, et perturbation nette des réflexes tendineux des membres inférieurs. Sous l'influence d'un traitement antisyphilitique persévérant, la céphalée tenace disparaît la première, puis le syndrome parkinsonien cède progressivement. Toute maladie de Parkinson, non sénile, dont la filiation directe avec une encéphalite épidémique certaine ne peut être établie, impose donc la recherche de la syphilis. H. Rabeau.

La posologie de l'anthiomaline, par A. Sézary et M. Bolgert. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris,* année **51**, série 3, n° 11, 1er avril 1935. p. 511.

L'anthiomaline est un sel d'antimoine trivalent, l'antimoine III thiomalate de lithium. Sézary a montré les bons effets de ce médicament dans le traitement de la maladie de Nicolas-Favre. On peut utiliser une première dose de 6 centimètres cubes, continuée par 12 centimètres cubes, puis par 18 centimètres cubes, au rythme de trois injections par semaine, en augmentant de 3 centimètres cubes par injection jusqu'à 30 centimètres cubes. Au total, on peut atteindre, par série, de 2 à 4 grammes d'anthiomaline. L'apparition de douleurs rhumatoïdes n'indique pas toujours que la dose maxima tolérée par le malade est atteinte. Ce rhumatisme stibié siège le plus souvent dans la région scapulaire ; les réactions rhumatoïdes limitent la posologie de l'anthiomaline. H. Rabeau.

La pathogénie de l'Acanthosis nigricans, par Milian. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris,* année **51**, série 3, n° 12, 8 avril 1935, p. 586.

M. présente une malade atteinte d'*acanthosis nigricans* caractéristique. Elle a été opérée il y a quelques mois d'un cancer de l'utérus. Mais en outre on observe sur les placards malades et en *peau saine* des papillomes nombreux acuminés ressemblant au condylome acuminé vénérien qui se développe chez les prostituées et qu'on a l'habitude de considérer comme contagieux. En examinant avec plus de soin les placards d'*acanthosis nigricans*, il a paru à M. que les placards de mosaïque n'étaient pas autre chose que des verrues confluentes dont le développement tumultueux pouvait s'expliquer par l'humidité des régions dans lesquelles ils étaient développés. L'*acanthosis* serait dû à la prolifération locale d'une condylomatose ultra-confluente ; explication qui peut être renforcée par des arguments nombreux dont le principal est l'argument histologique.

Il est permis de se demander quels rapports peuvent exister entre l'*acanthosis* cutané et le cancer profond, et si l'on admet que le condylome acuminé est d'origine parasitaire, il est permis de penser aussi que certains cancers peuvent avoir pour origine un parasite analogue à celui des végétations vénériennes et qui est capable de faire proliférer l'épithélium cutané. H. Rabeau.

Kystes hydatiques en voie de calcification dans le foie d'un malade présentant un anévrisme syphilitique de l'aorte, par M. Pinard, Ch. Debray et A. Corcos. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris,* année **51**, série 3, n° 12, 8 avril 1935, p. 597.

Observation intéressante d'un malade syphilitique ancien, avec maladie de Hogdson et ectasie de la crosse aortique, présentant un gros foie irrégulier avec deux images calcifiées intraparenchymateuses. Cette tumeur fait penser avant tout au kyste hydatique, mais il n'y a aucun signe d'hydatisme, pas d'éosinophilie, intradermo-réaction de Casoni négative. On pense à la possibilité de gommes hépatiques calcifiées ; un traitement antisyphilitique entrepris amène une amélioration de l'état général, et aussi des modifications dans l'état du foie, mais les masses calcifiées restent naturellement inchangées. L'opération montre qu'il s'agit de kystes hydatiques multiloculaires, les anciens ayant probablement suppuré. La réaction de Weinberg, qui n'avait pas été faite, pratiquée à ce moment est positive. H. Rabeau.

Importance de la maladie de Basedow pour le dépistage des syphilis familiales, par M. Pinard et Mlle Corbillon et Le Beau. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris,* année **51**, série 3, n° 12, 8 avril 1935, p. 602.

La maladie de Basedow peut être sous la dépendance d'une syphilis acquise, mais plus souvent héréditaire. L'histoire familiale rapportée par les auteurs permet de remonter du petit-fils au grand-père maternel par le Basedow de la mère. La syphilis héréditaire observée chez un jeune garçon, provient du grand-père maternel tabétique et aortique.

La maladie de Basedow de la mère est le chaînon qui a permis d'orienter les recherches chez les grands-parents maternels.

H. RABEAU.

L'urticaire et l'ictère catarrhal, par J. CAROLI et J. FERROIS. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, année 51, série 3, n° 12, 8 avril 1935, p. 604.

Un malade atteint d'urticaire généralisée intense, depuis 6 mois et rebelle à la thérapeutique, présente un ictère intercurrent de type catarrhal. Son urticaire disparut. Les auteurs étudient les liens étiologiques de l'urticaire et de l'ictère. On peut admettre que l'ictère est au foie ce que l'urticaire est à la peau, tous deux sous la dépendance d'un même état toxi-allergique.

H. RABEAU.

La myoendocardite gonococcique. Sa pathogénie, par Luis Gonzalez SABATIÉ. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, année 51, série 3, n° 12, 8 avril 1935, p. 610.

En dehors des formes plastiques et des formes ulcéro-végétantes, comparables aux autres formes d'endocardite maligne, les auteurs décrivent une autre forme anatomo-clinique dans laquelle le point d'origine de la lésion se trouve dans la cloison interauriculaire et interventriculaire avec propagation secondaire aux valvules sigmoïdes.

H. RABEAU.

Endocardite à marche lente chez un lupique avec aspect pseudo-tuberculeux de la rate et des reins, coronarite oblitérante et nécrose miliaire du foie, par D. OLMER, MOSINGER, Jean OLMER, P. BUISSON et M. AUDIER. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, année 51, série 3, n° 13, 15 avril 1935, p. 634.

Curieuse observation d'un malade, ancien rhumatisant, présentant un lupus en même temps qu'une insuffisance mitrale avec état fébrile, splénomégalie et mauvais état général. L'hypothèse d'une bacillose pulmonaire expliquant ces signes généraux fut vite abandonnée, et malgré des hémocultures négatives on pensa à une maladie d'Osler. Les constatations nécropsiques parurent s'opposer à ces déductions cliniques du fait de la présence d'infarctus blanc de la rate et des reins.

H. RABEAU.

Un cas de syphilis gastrique héréditaire tardive, par G. BASCH, KIPFER et LOGEAIS. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, année 51, série 3, n° 13, avril 1935, p. 661.

Jeune femme de 24 ans présentant des troubles digestifs datant d'un an et consistant en douleurs post-prandiales précoces et en vomissements aqueux, non acides. L'examen radiologique montre une biloculation gastrique, et surtout, siégeant sur la grande courbure, une profonde encoche à versants crénelés, ainsi que des anomalies du duodénum. Séro-réactions fortement positives ; dents d'Hutchinson typiques ; anachlorhydrie avant et après histamine font poser le diagnostic

de syphilis héréditaire tardive, diagnostic corroboré par l'effet rapide du traitement spécifique. H. Rabeau.

Urticaire, œdème de Quincke, arthralgies et ictère, par L. Ferrabouc et A. Jude. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, année **51**, série 3, n° 14, 22 avril 1935, p. 727.

Malade qui, à la suite d'ingestion de poisson conservé, présente successivement et en l'espace de quelques jours, une urticaire, des œdèmes de Quincke, des arthralgies et enfin un ictère du type catarrhal. L'ictère suivant les accidents de sensibilisation doit relever de la même cause. Les auteurs pensent à l'origine anaphylactique des troubles observés.

H. Rabeau.

Comptes rendus de la Société de Biologie (Paris).

Action directe du bleu de méthylène sur le bacille de Hansen dans l'organisme humain, par P. Lépine et J. Markianos. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. **118**, n° 1, 5 janvier 1935, pp. 9-10.

Injecté par voie intraveineuse aux lépreux, le bleu de méthylène est retenu par les tissus lépromateux et y exerce *in vivo* une action directe sur le bacille de Hansen, se traduisant par les altérations microscopiques progressives (aspect granuleux, polymorphisme, puis cyanophilie) qui caractérisent la dégénérescence de ce microbe.

A. Bocage.

Examen réfractométrique des sérums normaux et syphilitiques, par M. Paic et V. Deutsch. *Comptes rendus de la Société de Biologie,* t. **118,** n° 2, 12 janvier 1935, pp. 119-121.

Aucune différence n'apparaît par cette méthode ni dans la nature chimique, ni dans la quantité des protéines qu'ils contiennent, entre les sérums humains et syphilitiques. A. Bocage.

Action in vitro du rayonnement de la lampe à mercure et des rayons γ du radium sur le virus lymphogranulomateux, par C. Levaditi, J. Levaditi et L. Reinié. *Comptes rendus de la Société de Biologie,* t. **118,** n° 2, 12 janvier 1935, pp. 121-122.

Contrairement aux rayons γ du radium, les radiations totales de la lampe à mercure suppriment *in vitro* les propriétés pathogènes du virus lymphogranulomateux.

Cependant, la disparition de la virulence n'entraîne pas celle du pouvoir antigénique, si le rayonnement de la lampe en quartz agit 30 minutes sur une émulsion névraxique virulente fraîche.

Par contre, le chauffage préalable d'une telle émulsion paraît sensibiliser les propriété antigéniques du virus à l'égard des radiations ultra-violettes. Il est probable que cet effet synergique des radiations

caloriques et du rayonnement total de la lampe à mercure est attribuable à une dégradation de la matière organique servant de support aux unités virulentes, dégradation exercée par la chaleur.

A. Bocage.

Mode de dispersion du virus lymphogranulomateux dans le système réticulo-endothélial des simiens réceptifs, par J. Levaditi et L. Reinié. *Comptes rendus de la Société de Biologie,* t. **118**, n° 2, 12 janvier 1935, pp. 123-124.

La dispersion du virus dans les divers territoires du système réticulo-endothélial des simiens inoculés par voie intracérébrale s'explique par la virulence de la lymphe et des globules blancs du sang.

Toutefois, le sang total peut paraître dépourvu de virus, alors que les leucocytes en renferment. Cette discordance s'explique par les propriétés virulicides que peut posséder, même normalement, le sérum des singes.

A. Bocage.

Contribution à l'étude de la lymphogranulomatose expérimentale de la souris, par J. Levaditi. *Comptes rendus de la Société de Biologie,* t. **118**, n° 2, 12 janvier 1935, pp. 125-126.

La répétition d'inoculations péritonéales de virus vivant ou d'inoculations cérébrales de virus tué, ne protège pas la souris contre une inoculation ultérieure par voie transcranienne de la même souche virulente.

A. Bocage.

Gazette des Hôpitaux (Paris).

Nature et traitement de la sclérodermie. Recherches expérimentales. Résultats thérapeutiques, par R. Leriche. *Gazette des Hôpitaux,* année **108**, n° 11, 6 février 1935, pp. 173-177.

Travail basé sur 46 cas observés, dont 32 opérés par l'auteur, qui supposait que « la sclérodermie était peut-être bien une maladie d'origine parathyroïdienne avec intermédiaire sympathique ». L'injection d'hormone parathyroïdienne chez l'animal, le jeune rat en particulier, provoque une maladie qui, à la brièveté près, est identique à la sclérodermie humaine.

L'auteur souligne le rôle de la suppression de la sécrétion génitale endocrinienne qui expliquerait probablement la plus grande fréquence chez la femme, — l'association avec le syndrome de Raynaud et la poly-arthrite déformante, — l'existence d'altérations artérielles, — avec friabilité extrême, — l'extraordinaire atrophie musculaire des malades, — la présence de nombreux petits ganglions lymphatiques, petits, rouges, noirâtres, histologiquement simplement hyperhémiés.

Des opérations purement sympathiques (stellectomie) ont donné des résultats excellents, l'auteur pense cependant qu'il est préférable d'y adjoindre la parathyroïdectomie.

Ne pas opérer les grandes sclérodermies avec momifications, ni les sclérodermies de type œdémateux, ni celles qui s'accompagnent d'un syndrome d'allure addisonienne, teint bronzé et grande faiblesse. Il termine par cet aphorisme :

« Après une expérience de dix années, je crois pouvoir conclure que la sclérodermie est une maladie chirurgicale. A. Bocage.

Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis acquise. Les syphilis nerveuses inapparentes, par G. Vial. *Gazette des Hôpitaux*, année 10, nos 14 et 16, 16 et 23 février 1935, pp. 225-230, 259-263.

Excellente revue générale claire et précise de ce qu'on sait actuellement sur cette question, avec courte bibliographie.

A. Bocage.

Action de la malariathérapie sur le liquide rachidien des paralytiques généraux, par P. Masquin et J. O. Trelles. *Gazette des Hôpitaux*, année 108, n° 15, 20 février 1935, pp. 241-247.

Revue générale accompagnée de nombreux documents personnels montrant la complexité de la question, tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue du pronostic.

La plus constante des réactions liquidiennes est le Wassermann positif ; une des plus caractéristiques est le polymorphisme cytologique. « 1° La malariathérapie modifie, dans tous les cas, et immédiatement, la formule du liquide céphalo-rachidien. 2° Il n'existe aucun parallélisme entre le degré de rémission des troubles psychiques et le degré des modifications humorales. On ne saurait donc trouver dans cette modification un élément de pronostic sûr. »

C'est l'hyperalbuminose et la réaction cytologique qui sont le plus vite modifiées par la malariathérapie.

« Seules les lésions évolutives paraissent influencer la formule humorale, les lésions éteintes, par contre, cicatricielles ne l'imprègnent que si peu qu'elles la laissent se négativer totalement, même chez les *déments fixés.* »

Plus loin ils écrivent encore, à propos des réactions humorales : « Leur fixité, leur régression lente restent malgré tout un bon élément de pronostic, surtout lorsqu'elles coïncident avec une amélioration psychique, puisqu'elles marquent l'arrêt du processus évolutif. Leur réapparition, au contraire, pouvant faire craindre une rechute, doit faire intensifier le traitement et peut-être même motiver une deuxième impaludation. »

Ils terminent avec deux observations de paralysie générale authentique, et rappellent le cas de Claude vérifié anatomiquement, dans lesquels le liquide rachidien était normal et terminent sur cette phrase : « Force nous est d'admettre que *dans des cas tout à fait exceptionnels le diagnostic de paralysie générale, à cause des décisions thérapeutiques qu'il entraîne, doit se poser malgré la négativité de réactions biologi-*

ques. Enfin cette négativation, par le fait même qu'on peut l'observer en dehors de tout traitement, de toute « guérison clinique », est une raison de plus pour affirmer combien *plus important* que l'état du liquide nous apparaît *l'examen clinique* dans l'estimation du pronostic ultérieur. » A. Bocage.

Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques (Paris).

Endocardite maligne lente (Maladie de Jaccoud-Osler) et lésions aortiques syphilitiques, par A. Raynaud et A. Joube. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. **56**, cah. 8, 25 avril 1935, p. 282.

A propos d'une observation qu'ils publient, les auteurs attirent l'attention sur l'existence d'une forme anatomo-clinique particulière de la maladie d'Osler, de siège sigmoïdien aortique et greffée sur une lésion non plus rhumatismale, mais syphilitique. H. Rabeau.

Paris Médical.

Sur une éruption automnale due à un acare : l'« aoûtat », par M. Carle. *Paris Médical*, année **25**, n° 3, 15 janvier 1935, pp. 51-55, 2 fig.

Excellente description de cette affection, parfois difficile à reconnaître si on n'y songe pas — et rappel du traitement le plus efficace : lotions d'essence d'automobile ou de benzine. A. Bocage.

Détatouage, par J. Lacassagne. *Paris Médical*, année **25**, n° 3, 15 janvier 1935, pp. 55-59, 4 fig.

Revue des divers procédés utilisables parmi lesquels l'auteur préfère les scarifications suivies d'application de permanganate porphyrisé.

A. Bocage.

Les fibromes durs de la peau, par L. Périn. *Paris Médical*, année **25**, n° 3, 15 janvier 1935, pp. 60-66, 6 fig.

Description clinique et histologique très complète de ces petites tumeurs, difficiles à distinguer des histiocytomes.

A. Bocage.

L'épidermophytie du pied et ses parasites, par E. Rivalier. *Paris Médical*, année **25**, n° 3, 15 janvier 1935, pp. 66-74, 6 fig.

L'auteur décrit l'épidermophytie interdigitale et l'épidermophytie de la plante, celle-ci à aspect de dyshidrose, susceptible de se compliquer de dyshidrose des mains (épidermophytide). Il ramène à trois les parasites en cause : *epidermophyton inguinale, trichophyton rubrum* (asiatique) et *trichophyton interdigitale*, ce dernier le plus tenace, néces-

sitant plusieurs reprises d'un traitement extrêmement énergique, dont le décapage des lésions est l'élément le plus important.

A. BOCAGE.

Les érythèmes du neuvième jour ne sont ni anaphylactiques ni toxiques mais infectieux, par G. MILIAN. *Paris Médical*, année **25**, nº **3**, 15 janvier 1935, pp. 74-76.

Groupement de tous les arguments en faveur de cette thèse chère à l'auteur, qui fait de ces érythèmes des maladies infectieuses biotropiques dont la fréquence avec les arsenicaux s'expliquerait par les propriétés stimulantes bien connues de ce médicament, à opposer à l'action déprimante du bismuth et du mercure. A. BOCAGE.

La Presse Médicale (Paris).

Action de l'eau d'Uriage à son émergence en injections intratissulaires dans le traitement du zona, par F. TEULON-VALIO. *Presse Médicale*, année **43**, nº 30, avril 1935, p. 609.

En 1917, Joltrain et Bénard apportaient les résultats favorables obtenus dans 11 cas sur 14 par les injections d'eau d'Uriage, chez des malades atteints de zona ou d'herpès récidivant. Les résultats obtenus par T. dans 8 cas de zona traités par de hautes doses d'eau d'Uriage prise au griffon sont remarquables. Il s'agit d'une méthode de traitement particulièrement efficace et inoffensive. H. RABEAU.

Revue Neurologique (Paris).

Polynévrite syphilitique avec troubles trophiques et psychose de Korsakoff, par TH. ALAJOUANINE, R. THUREL et G. BOUDIN. *Revue Neurologique*, année **41**, t. 2, nº 6, décembre 1934, pp. 857-860, 1 fig.

Femme de 52 ans qui, en deux ans, devient complètement paraplégique, avec extension de la paralysie aux muscles du tronc, peu d'hyperesthésie douloureuse, troubles sphinctériens en rapport avec une anesthésie en selle, gros troubles trophiques avec état sclérodermique et ostéoporose, troubles psychiques, fabrication, fausses reconnaissances, désorientation, Bordet-Wassermann positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Guérison des troubles psychiques en quelques semaines, de la paralysie en plusieurs mois ; les troubles sphinctériens par anesthésie en selle persistent. A. BOCAGE.

Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec.

A propos de six cas d'érythème noueux, par L. Rousseau. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec,* année **96**, n° 1, janvier 1935, p. 15-19.

L'auteur verse aux débats dans la discussion sur l'origine tuberculeuse ou non de l'érythème noueux, ses observations personnelles, dans lesquelles il y a eu avant, pendant ou après, évolution de tuberculose pulmonaire ou articulaire. Personnellement, il estime « logique de considérer le malade sous le coup d'une infection tuberculeuse jusqu'à preuve du contraire ». A. Bocage.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Les agents de la syphilis et du pian sont-ils de morphologie complètement identiques (Sind die Erreger der Syphilis und der tropischen Frambœsie morphologisches völlig identisch), par S. Kitamura. *Dermatologische Zeitschrift,* t. **71**, f. 3, avril 1935, p. 61.

Entre le spirochète de la syphilis et le spirochète du pian, l'identité morphologique est admise par la majorité des auteurs ; certains auteurs (dont Martin Meyer, Levaditi et Nattan-Larrier, v. Prowasek) ont voulu établir, entre eux, quelques différences morphologiques (mouvements flagellés, division en longueur). K. a étudié 4 souches de *S. pertenuis* de provenances diverses, en les comparant à la souche syphilitique Nichol. L'examen est toujours pratiqué sur matériel vivant avec un même fond noir et la même optique (en particulier un oculaire comparateur). K. n'a jamais constaté de différences morphologiques entre les deux spirochètes, en dehors des variations individuelles qui, du reste, se rencontraient chez l'un ou chez l'autre. L. Chatellier.

Sur la fonction ésophylactique de la peau dans la syphilis (Ueber die esophylaktische Funktion der Haut bei Syphilis), par L. Nekam jun. *Dermatologische Zeitschrift,* t. **71**, f. 3, avril 1935, p. 66.

La fonction protectrice de la peau (ésophylaxie d'Hoffmann) est depuis longtemps connue. Son rôle dans l'immunité est également prouvé. D'autre part, l'on remarque que les localisations nerveuses tardives sont rarement accompagnées de manifestations cutanées. N. a rassemblé les malades passés à la clinique de Budapest depuis 1924. En tout : 99.558, dont 10.691 syphilitiques (dont 4.655 femmes). Sur ce nombre, il y a eu 705 gommes cutanées, 709 tabès, 42 paralysies générales. Sur 800 syphilis tertiaires cutanées ou nerveuses, N. n'a trouvé que

28 cas où les lésions cutanées et nerveuses avaient coexisté (soit 3,5 o/o) et, sur ces 28 malades, 15 malades n'offraient plus que des lésions cutanées guéries.

Ces chiffres prouvent bien qu'il existe un certain antagonisme entre la peau et le système nerveux, au cours de la syphilis. La première jouerait donc un rôle de protection, que diverses causes (mécaniques, physiques ou constitutionnelles) pourraient diminuer ou supprimer ; l'insuffisance du traitement est un facteur important.

L. CHATELLIER.

Contribution à l'étiologie des nodules des trayeurs (Beitrag zur Atiologie der Melkerknoten), par E. PETRACEK. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **71**, f. 3, avril 1935, p. 71, 2 fig.

A l'occasion de deux observations personnelles (dont l'une est remarquable par le siège de l'inoculation à la pointe du nez), où ni l'expérimentation sur l'animal, ni l'histologie n'ont permis de rattacher à la vaccine les lésions constatées chez les deux malades, P. passe en revue les travaux antérieurs et discute les arguments en faveur de l'identité des deux affections. Il conclut que jusqu'à présent l'étiologie du nodule des trayeurs n'est pas encore éclaircie. Il faudrait d'abord bien connaître les maladies du bœuf qui s'en rapprochent (vaccine, paravaccine, la varicelle de la vache), leurs rapports réciproques et leurs caractères étiologiques, pathologiques et biologiques. Alors il serait possible, en travaillant avec les vétérinaires, de préciser l'étiologie du nodule, dont on ne sait aujourd'hui que l'origine sûrement animale. Des recherches effectuées sur ces deux malades et de la critique des travaux antérieurs, P. admet qu'il s'agit d'un virus filtrant spécifique, associé parfois à la vaccine, à la paravaccine et plus rarement à la stomatite aphteuse. Ainsi s'expliqueraient peut-être les divergences ou contradictions entre les auteurs qui se sont occupés des nodules.

L. CHATELLIER.

33 cas de granulosis rubra nasi de Jadassohn (33 Fälle von Jadassohns Granulosis rubra nasi), par L. N. MASCHKILLEISSON et L. A. NERADOW. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **71**, f. 3, avril 1935, p. 79.

Pour M. et N., après étude de 33 cas de *granulosis rubra nasi*, il n'y a pas de raisons suffisantes à ranger cette affection dans les maladies tuberculeuses : 2 fois, ils ont trouvé la tuberculose dans la famille des malades ; jamais de tuberculose pulmonaire ou cutanée active ; 14 fois sur 21, la réaction de Pirquet a été négative. A l'origine du *granulosis rubra nasi*, il y a plutôt les facteurs qui affaiblissent la résistance des capillaires périphériques, telles les infections chroniques, parmi lesquelles se rencontre la tuberculose. C'est ainsi que cette affection se voit souvent associée à des processus d'inflammation chronique des voies respiratoires supérieures.

L. CHATELLIER.

Quelques réflexions sur le traitement de la furonculose disséminée par l'auto-vaccin et l'hétéro-vaccin (Einiges über die Behandlung der disseminierten Furonkulose mit autogener und heterogener Vakzine), par J. M. Lewin. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **71**, f. 3, avril 1935, p. 85.

Dans la furonculose disséminée, L. éprouve d'abord la virulence du staphylocoque cultivé à partir de la lésion, en injectant la suspension microbienne dans la peau du lapin ou du cobaye, dont il mesure la réaction locale.

Parmi les 42 furonculeux suivis par L., ceux dont le staphylocoque provoquait une très forte réaction chez l'animal, guérirent seulement par l'auto-vaccin. Il est constant que ce dernier provoque chez le malade des réactions vives : fièvre, douleurs locales, céphalée, adénopathie. Il vaut mieux attendre leur disparition pour réinjecter le malade. Chez 2 malades traités par la vaccinothérapie, aucun résultat ; 7 fois une amélioration, mais pas de guérison. Chez ces 9 malades, L. associa à la vaccinothérapie les antivirus, et même les auto-antivirus. L'ichtyol pur est utile.

L. Chatellier.

Contribution casuistique à la question de l'agranulocytose au cours d'une cure antisyphilitique (Kasuistischer Beitrag zur Frage der Auftretens von Agranolocytose durch eine antisyphilitische Kur), par H. Sprafke. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **71**, f. 3, avril 1935, p. 88.

Observation d'une agranulocytose à évolution rapidement mortelle, apparue chez un homme de 36 ans, qui reçoit 3,9 de néosalvarsan et 19 de lasbis. Le traitement est interrompu par une dermite arsenicale bénigne. La sérologie sanguine est négative ; rien sur les muqueuses ni dans les urines. Peu après, abcès de la fesse qui guérit très bien. Près de 2 mois après le traitement, apparaissent une épistaxis abondante et une stomatite bismuthique sévère, non précédée d'un liseré gingival. Les épistaxis se répètent, puis apparaissent des pétéchies, des hémorragies gingivales et des ulcérations de la joue ; pas de température, pas d'ictère, pas d'albuminurie ni d'hématurie. Les épistaxis s'aggravent, l'état général devient très mauvais. L'examen de la gorge ne révèle rien. Le malade, considéré comme un septicémique, est évacué dans un service de médecine où il ne tarde pas à mourir.

L'autopsie montre l'existence d'hémorragies superficielles de la bouche ; une dégénérescence graisseuse du cœur et du foie et surtout une nécrose superficielle des amygdales, qui s'étend sur le pharynx. L'hémoculture est négative, diminution des polynucléaires.

L. Chatellier.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur les altérations du liquide céphalo-rachidien dans le zona (Ueber die Liquorveränderungen beim Zoster), par D. Schüssler. *Dermatologische Wochenschrift,* t. **100**, n° 14, 6 avril 1935, p. 381.

En deux ans, S. a pu examiner le liquide céphalo-rachidien de 18 malades atteints de zona. La ponction est le plus souvent très bien tolérée ; les douleurs s'atténuent parfois après la ponction. La pression est en général accrue, ce qui expliquerait cette action sédative sur les douleurs.

Le liquide de tous ces malades a été minutieusement examiné (Pandy, Nonne-Appelt, Weichbrodt, or colloïdal, cytologie, réaction de Wassermann, etc.). 16 liquides ont été trouvés anormaux : 15 fois le Pandy a été trouvé positif, 12 fois le Nonne-Appelt, 10 fois le Weichbrodt, 7 fois le Takata-Ara, 12 fois l'or colloïdal, 6 fois pléiocytose. S. a obtenu de bons résultats dans les névralgies rebelles par l'injection intracutanée d'un mélange du liquide du malade et de vaccineurin 3 de Phleps.

L. Chatellier.

Y a-t-il un psoriasis des muqueuses (Gibt es eine Psoriasis des Schleimhaut?), par K. Schlosser. *Dermatologische Wochenschrift,* t. **100**, n° 14, 6 avril 1935, p. 387, 1 fig.

Cette question n'est pas encore résolue sans réserves. Beaucoup de dermatologistes nient l'existence du psoriasis des muqueuses ; d'autres l'admettent, en insistant sur la rareté de cette localisation. S. passe en revue les différentes localisations : bouche, organes génitaux (gland surtout, où il paraît incontestable), larynx (très rare), conjonctive (très rare). A propos de cette dernière localisation, l'auteur rapporte une observation personnelle, où l'éruption passe de la face cutanée des paupières à la face conjonctivale en y déterminant une vive inflammation : éléments rouges, légèrement surélevés, donnant l'impression de sable.

L. Chatellier.

Les dermatoses par hypersensibilisation et leurs rapports avec le système neuro-végétatif (Ueberempfindlichkeiterkrankungen der Haut und ihre Beziehungen zum vegetativen Nervensystem), par F. Marquardt. *Dermatologische Wochenschrift,* t. **100**, n° 15, 13 avril 1935, p. 409.

La question des rapports entre les dermatoses par sensibilisation (eczéma, dermite, urticaire) et le système neuro-végétatif n'est pas encore résolue. M. a examiné les réactions produites chez 69 malades (dont 39 hommes) : 34 eczémas, 20 dermatoses diverses et 6 urticaires par l'atropine intraveineuse. Il arrive aux résultats suivants : 27 hypo-amphotoniques, 7 hyperamphotoniques, 3 hypersympathicotoniques, 4 hyposympathicotoniques, 4 hypovagotoniques et 2 hypervagotoniques, répartis très irrégulièrement dans les divers groupes pathologiques cutanés.

Dans une autre série d'expériences, sur un sujet à sensibilité cutanée normale, les réactions à l'adrénaline, à la pilocarpine et à l'atropine sont étudiées ; puis le sujet est rendu sensible à une substance donnée (en l'espèce l'ursol) et sur le sujet les mêmes épreuves sont recommencées. Les résultats restèrent les mêmes pour l'atropine et l'adrénaline ; les réactions à la pilocarpine se sont montrées plus vives après la sensibilisation. L'interprétation de ce fait est assez complexe, l'irritabilité ainsi constatée pourrait être non une cause, mais une suite de la sensibilisation ou la sensibilisation s'accompagner toujours de cette irritabilité para sympathique. Ainsi l'on comprend la diversité des résultats enregistrés par les auteurs. L. CHATELLIER.

Sur le traitement du pemphigus par la germanine (Zur Germanin behandlung des Pemphigus), par H. ARETZ. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 15, 13 avril 1935, p. 417.

Dans deux cas de pemphigus vulgaire, A. a obtenu la guérison. Ces résultats permettent de considérer la germanine comme un moyen thérapeutique dont l'emploi est justifié. Dans 4 autres cas, le traitement n'a pas empêché l'évolution mortelle, mais il ne saurait en être rendu responsable : 2 malades de 76 et 72 ans étaient déjà dans une déchéance profonde ; la troisième était enceinte et avait un diabète grave ; la quatrième malade, âgée de 63 ans, n'avait reçu que 2 injections très bien tolérées, la mort est survenue brusquement sans explication nécropsique. L. CHATELLIER.

Sur l'apparition simultanée d'un psoriasis vulgaire et d'un lichen plan (Ueber das gleichzeitige Auftreter von Psoriasis vulgaris und Lichen ruber planus), par W. MILBRADT. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 16, 20 avril 1935, p. 437.

Chez un malade de 65 ans, vieux psoriasique, l'on voit coïncider une éruption de psoriasis typique et une éruption de lichen *ruber* plan, confirmée par l'histologie. Dans l'histoire du malade, il semble avoir existé déjà une alternance des deux dermatoses. Il n'y avait pas, chez ce malade, de causes externes à invoquer. M. penserait à une alternance dans les réactions cutanées. L. CHATELLIER.

Désensibilisation non spécifique par le régime dans les dermatoses allergiques (Unspezifische Desensibilisierung durch Diät bei allergischen Hautkrankheiten), par M. GERSON. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, nos 16 et 17, 20 et 27 avril 1935, pp. 441 et 478.

Les maladies allergiques ne sont pas seulement le produit d'un allergène spécifique, mais le produit d'une addition d'allergènes spécifiques et de facteurs non spécifiques. Cette conception, déjà défendue par Funck, G. l'a complétée peu à peu par de multiples observations (dont la sienne propre), qui lui furent occasion de constatations bien curieuses. Il n'est possible de donner, de ce long et très instructif article, que le résumé.

Les malades allergiques, traités longtemps par le régime de Gerson (pauvre en allergène, sans sel, pauvre en albumine et riche en potassium), montrent, après plusieurs semaines ou mois, des réactions d'hypersensibilisation de type allergique aussitôt qu'ils reçoivent expérimentalement dans la nourriture ou par un usage quelconque, des substances qui, avant la cure, ne provoquaient aucun symptôme. Parmi ces substances, l'on trouve : le sel marin seul ou combiné à d'autres aliments (viande, légumes ou farines) ; la chair musculaire, le blanc d'œuf, le lait même sans sel et en absorption continue ; la nicotine, plus rarement le thé, le café, le chocolat, le cacao et l'alcool ; certains médicaments : surtout les dérivés salicylés et opiacés.

Le régime, au premier stade, n'agit pas seulement comme désensibilisant, mais aussi comme sensibilisant. Aussi, à ce moment-là, les succès constatés ne sont pas le résultat d'une désensibilisation, mais bien de la réduction des allergènes de la nourriture. C'est en prolongeant cette réduction que l'on obtient la désensibilisation, par accoutumance progressive aux allergènes. La moitié des allergiques peuvent amener cette accoutumance jusqu'à une désensibilisation stable et à ce moment la nutrition normale redevient possible. Dans l'allergie héréditaire, l'accoutumance est partielle, et le patient reste, sa vie durant, sensible à certaines substances, qu'il connaît bien désormais.

L. Chatellier.

Sur la statistique des maladies vénériennes (Zur Statistik der Geschlechtskrankheiten), par B. Spiethoff et H. Gottschalk. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 17, 27 avril 1935, p. 465.

Dans 13 pages, les auteurs étudient les statistiques de l'Empire allemand tout entier en 1934, concernant la syphilis, la blennorragie. On trouvera là des renseignements très intéressants sur le nombre des contaminations et leur fréquence par rapport au recensement identique fait en 1927, sur la répartition d'après l'habitat (ville, campagne), la classe sociale, le sexe, l'âge ; sur le rapport entre les deux affections, etc. Dans l'ensemble, diminution notable.

L. Chatellier.

Revista argentina de Dermatosifilologia (Buenos-Ayres).

Botryomycose multiple et folliculite staphylogène végétante (Botriomycosis multiple y foliculitis estafilogena vegetante), par J. M. Borda. *Revista argentina de Dermatosifilologia*, t. **18**, 2e partie, mars 1935, p. 11, 4 fig.

Chez un homme de 27 ans, atteint de néphrose lipoïdique, existent des lésions cutanées saillantes dont la première en date présente les caractères d'un botryomycome (granulome télangiectasique pédiculé). Secondairement, ont apparu des lésions folliculaires, non pédiculées, ainsi que des élevures de forme intermédiaire à ces dernières et à la précédente.

L'auteur pense que l'on peut conclure à la coexistence d'une botryo-

mycose et d'une folliculite végétante de Truffi. Un même germe, le staphylocoque, seul agent pathogène qui ait pu être mis en évidence, tiendrait sous sa dépendance les lésions nodulaires d'apparence tumorale et les végétations pyogéniques. J. MARGAROT.

La lymphogranulomatose bénigne de Schaumann dans le lupus érythémateux (La linfogranulomatosis de Schaumann en el lupus eritematoso), par Domingo MOSTO, Juan PESSANO et Tomas NEGRI. *Revista argentina de Dermatosifilologia*, t. **18**, 2e partie, mars 1935, p. 16, 7 fig.

L'étude comparative des lésions observées chez les animaux inoculés avec des bacilles alcoolo- et acido-résistants, isolés des tissus d'un lupus érythémateux, et des lésions inflammatoires chroniques du type de la lymphogranulomatose bénigne, fait apparaître leur ressemblance et plaide en faveur de leur identité. J. MARGAROT.

Actinomycoses humaines produites par des agents anaérobies (Actinomicosis humanas producidas por agentes anaerobios), par P. NEGRONI. *Revista argentina de Dermatosifilologia*, t. **18**, 2e partie, mars 1935, p. 24, 2 fig.

Pour la première fois en République Argentine sont signalés des cas d'actinomycose humaine causés par des souches anaérobies.

Des prélèvements faits sur des lésions de sièges divers chez dix malades ont permis d'obtenir des cultures anaérobies dans 7 cas.

En raison des caractères biologiques et morphologiques de ces germes, l'auteur propose de leur donner le nom de *Proactinomyces israeli*.

J. MARGAROT.

Acrodermatites continues (forme sèche) (Acrodermatitis continuas, forma seca), par Luis E. PIERINI. *Revista argentina de Dermatosifilologia*, t. **18**, 2e partie, mars 1935, p. 28, 4 fig.

Un enfant de 9 ans présente depuis 6 ans une dermatose sèche, érythémato-squameuse et fissurée, localisée exclusivement sur la face palmaire et la pulpe des doigts.

Ces lésions chroniques et récidivantes paraissent en rapport avec un staphylocoque doré. Elles ont résisté à tous les traitements locaux ou généraux et n'ont que passagèrement rétrocédé après la radiothérapie.

L'auteur classe le cas dans le cadre de l'acrodermatite continue d'Hallopeau ; il répondrait à la variété sèche, érythémato-squameuse et fissurée de Gougerot. J. MARGAROT.

Un cas de sclérodermie et concrétions calcaires (Syndrome de Thibierge-Weissenbach) (Un caso de esclerodermia y concreciones calcareas, syndrome de Thibierge-Weissenbach), par Marcial I. QUIROGA. *Revista argentina de Dermatosifilologia*, t. **18**, 2e partie, mars 1935, p. 39, 6 fig.

Une femme de 23 ans présente une sclérodermie en plaques associée à des dépôts calcaires (concrétions miliaires ou petits amas). On trouve les divers éléments du syndrome de Thibierge-Weissenbach.

On relève dans les antécédents de la malade des troubles ovariens.

Le métabolisme basal est de + 14,8. La syphilis est certaine, mais les réactions sérologiques sont actuellement négatives.

L'analyse physico-chimique du sang ne met en évidence aucune particularité intéressante. L'examen des concrétions calcaires décèle une proportion de substances minérales de 91,5 o/o (chaux et phosphore).

J. Margarot.

Wiener klinische Wochenschrift.

Sur l'étiologie et le traitement de la lymphogranulomatose (Zur Ætiologie und Therapie der Lymphogranulomatose), par A. Herz. *Wiener klinische Wochenschrift*, année 48, n° 10, 8 mars 1935, p. 300.

Le rôle étiologique de la tuberculose a été affirmé depuis longtemps. L'on a incriminé le bacille humain, le bacille bovin. En 1932, Utz et Keatinge, reprenant l'opinion de l'Espérance qu'il s'agissait d'un bacille aviaire, ont tenté le traitement par injection de sérum de poules inoculées avec le broyage de ganglions lymphogranulomateux : sur 25 malades ainsi traités, 19 survécurent avec reprise du travail. H. a étudié bactériologiquement 4 cas de lymphogranulomatose. Après broyage stérile de ganglions fraîchement prélevés, il a inoculé la purée ainsi obtenue à des poules et à des lapins par voie veineuse, à des cobayes par voie sous-cutanée ; le reste de la purée, traité par l'acide sulfurique à 20 o/o puis lavé à l'eau physiologique, a été ensemencé sur milieu de Löwenstein. Dans 3 cas, le bacille aviaire a été mis en évidence chez les animaux inoculés.

La vaccinothérapie, employée dans 4 cas, lui a donné des résultats variables : 1 insuccès, 1 courte rémission, 2 fois une atténuation des symptômes. Cette méthode demanderait à être poursuivie, étant donnée notre impuissance thérapeutique par les autres procédés.

L. Chatellier.

Formes rares des mycoses cutanées (Seltenere Formen von Pilzerkrankungen der Haut), par A. Musger. *Wiener klinische Wochenschrift*, année 48, n° 12, 22 mars 1935, p. 365.

La première observation concerne un enfant de 8 ans qui présentait une trichophytie type kérion et type herpès circiné : l'enfant accusait de la céphalée, de l'asthénie et de la fièvre. Au cours de l'évolution, apparurent un lichen trichophytique et un érythème noueux d'origine parasitaire.

Les deux autres malades avaient un sycosis trichophytique de la lèvre supérieure, localisation rare. L. Chatellier.

La lutte contre la lèpre en se fondant sur les recherches récentes (Die Bekämpfung der Lepra auf Grund der neuesten Forschungen), par E. Löwenstein. *Wiener klinische Wochenschrift,* année **48**, n° 17, 26 avril 1935, p. 519.

La lutte contre la lèpre exige un diagnostic très précoce, que ne permettent malheureusement pas l'examen clinique ni les investigations sérologiques. La recherche du bacille dans le sang est un procédé précieux, mais il faut encore des vérifications en grand nombre pour en confirmer toute la valeur.

Parmi les procédés sérologiques, la réaction de Robino est très pratique, mais elle peut faire défaut dans les formes précoces et dans les formes nerveuses, où cependant elle est positive dans 70 o/o des cas. Aussi la culture reste le meilleur procédé, hémoculture chez toute personne suspecte. Jusqu'à présent, la culture du bacille de Hansen était très difficile ; L. propose un milieu approprié à cette culture ; les tubes doivent être observés au moins pendant 6 mois.

De l'étude des réactions allergiques, il semble résulter que le lépreux est un malade en état d'anergie. Il convient d'étudier les réactions des malades à la léprine et à la tuberculine.

En outre, L. donne des précisions sur la préparation et l'emploi de son milieu de culture. Article intéressant et utile à lire dans le texte.

L. Chatellier.

Bruxelles Médical.

Dermatoses professionnelles paradoxales, par R. Bernard. *Bruxelles Médical,* année **15**, n° 24, 14 avril 1935, p. 657.

B. propose d'appeler paradoxales ces dermatoses qui apparaissent par suppression d'un métier. Il publie l'observation d'un malade dont la dermite s'accentua à partir du moment où il cessa d'être un manuel ; il rappelle les cas publiés par Gougerot sous le nom d'eczéma professionnel dû au cuir, l'arrêt du travail arrêtant la désensibilisation. Pour un ouvrier cimentier, les alternatives de guérison et de récidive se produisaient en raison inverse de l'abandon et la reprise du travail.

H. Rabeau.

Les maladies professionnelles en Belgique, par A. Langelez. *Bruxelles Médical,* année **15**, n° 25, 21 avril 1935, p. 673.

La loi sur la réparation des dommages causés par les maladies professionnelles date, en Belgique, du 27 juillet 1927. Jusqu'en 1934, trois maladies seulement donnaient droit à réparation. C'étaient le saturnisme, l'hydrargyrisme et l'infection charbonneuse. L. examine le bilan d'application de cette loi pendant sept ans et indique en quel nombre les maladies donnant droit à des réparations ont été dépistées.

H. Rabeau.

Actas dermo-sifiliograficas (Madrid).

Sur l'ulcère aigu de la vulve (Sobre la ulcera vulvar aguda), par J. Bejarano et J. G. Orbeneja. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **27**, n° 6, mars 1935, p. 625, 4 fig.

Une petite fille de 7 ans présente, après un traumatisme insignifiant, une ulcération de la vulve qui se développe très rapidement sans que l'attention des parents ait été attirée par des phénomènes généraux. Elle occupe la moitié postérieure des grandes lèvres. Ses bords irréguliers et effilochés sont élevés de quelques millimètres, sur un fond rouge, un peu inégal, recouvert d'une sécrétion jaunâtre, adhérente. Des ulcérations plus petites siègent sur la partie antérieure des petites lèvres et sur le périnée.

L'auto-inoculation de la sérosité donne un résultat négatif. L'intra-dermo-réaction d'Ito-Reensterna est également négative. Les cultures mettent en évidence un staphylocoque doré et un bacille pseudo-diphtérique.

L'examen histologique montre une acanthose marquée dans le voisinage immédiat de l'ulcération, de l'œdème papillaire, des altérations vasculaires et une infiltration leucocytaire profonde avec abondance de polynucléaires, de cellules plasmatiques et présence de quelques mastzellen.

On note au début de l'hospitalisation une élévation thermique. Elle s'atténue rapidement, en même temps que disparaissent les douleurs initiales. La guérison se fait rapidement.

D'après Lipchütz, le diagnostic d'*ulcus vulvæ acutum* ne saurait être porté en l'absence du *bacillus crassus*. Ce dernier n'a pu être mis en évidence dans l'observation apportée par l'auteur. Cependant, la morphologie clinique et microscopique est bien celle d'un ulcère aigu de la vulve.

J. Margarot.

Sur les nodules des chevriers (Première communication) (Sobre los nodulos de los ordeñadores de cabras, Primera comunicacion), par Gay Prieto, J. Cazorla et M. Rodriguez. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **27**, n° 6, mars 1935, p. 631, 5 fig.

Sous le nom de nodules des vachers (Melker-Knoten), Winternitz a décrit en 1899 une affection professionnelle caractérisée par l'apparition de nodules rouge-violacés sur les régions découvertes de ces sujets. Il la rapporte à un virus spécifique provenant des mamelles de vaches malades. D'après un grand nombre d'auteurs, l'affection en cause ne serait autre que la vaccine.

Les auteurs ont observé des accidents analogues chez quatre individus n'ayant eu de contact qu'avec des chèvres. L'étude histologique permet de les identifier complètement avec les nodules des trayeurs de vaches.

On ne trouve dans la littérature qu'un seul cas dans lequel les mêmes

lésions ont été transmises par des brebis. Les quatre observations du présent travail sont incontestablement les premières dont l'origine caprine soit établie.

Il n'a pas été possible de démontrer expérimentalement la nature vaccinale des nodules, mais l'affection des chèvres qui ont été le point de départ de la contamination ressemble beaucoup à la petite vérole de ces animaux. J. Margarot.

Le rôle du ciment dans la dermatologie des affections professionnelles (El papel del cemento en dermatologia profesional), par Javier M. Tome Bona. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **27**, n° 6, mars 1935, p. 644.

Les effets pathologiques du ciment se produisent par deux mécanismes différents, l'un traumatique en rapport avec les arêtes coupantes des particules siliceuses, l'autre caustique, explicable par l'action chimique de la chaux et par l'élévation thermique liée à la *prise*. Le rôle de la chaux paraît, de tous, le plus important.

L'auteur passe en revue les différentes lésions cutanées dues au ciment. A côté de l'affection courante connue sous le nom de *gale des cimentiers*, il rappelle les modifications décrites par Baudouin en 1925 et consistant en un ramollissement spécial de l'épiderme avec production d'ulcérations très douloureuses sur la face palmaire des doigts. T. B. a observé des lésions identiques sur la face dorsale des pieds d'ouvriers chaussés d'espadrilles.

Dans un troisième groupe de faits, il s'agit de lésions qui pourraient être décrites sous le nom de *folliculose*, ou même dans quelques cas, d'*acné pustuleuse du ciment.*

On trouve sur la nuque, les épaules et le dos des ouvriers porteurs de sacs une inflammation folliculaire consistant en un érythème sec associé à une desquamation pityroïde ou furfuracée. Chez certains malades, une infection secondaire donne un caractère pustuleux aux éléments et réalise la forme acnéique.

Les lésions des muqueuses ont été moins observées par l'auteur. Il rappelle les conjonctivites, les kératites, les ulcérations profondes de la cornée, les lésions nasales avec épistaxis. Les déterminations buccales sont les plus fréquentes. Elles sont constituées par de petites ulcérations punctiformes, peu douloureuses, saignant facilement, de siège gingival, jugal et parfois lingual.

T. B. montre ensuite l'évolution particulièrement torpide et l'aspect spécial des plaies réalisées sur la peau imprégnée de ciment.

L'exploration de la sensibilisation cutanée par des tests eczématogènes a donné à l'auteur des résultats positifs dans 5 cas sur 12 de dermites causées par le ciment.

Pendant la période aiguë des accidents, le meilleur traitement des lésions consiste en des applications humides faiblement antiseptiques (solution de sulfate de cuivre à 1 o/oo). Il importe de débarrasser entiè-

rement la surface cutanée de toutes les parcelles de ciment par de petites interventions chirurgicales et par des lavages minutieux.

En ce qui concerne la prophylaxie, on doit adjoindre aux méthodes de protection individuelle (vêtements, bottes, chaussures) la ventilation des locaux et surtout la substitution d'un papier imperméable à la toile d'emballage dans la confection des sacs.

J. Margarot.

Syphilis d'évolution atypique, avec déterminisme nerveux récidivant, chez un malade soumis à une médication arsenicale per os antérieurement à la contamination, pendant l'incubation du chancre et au moment de son plein développement (Sifilis de curso atipico, con determinismo nervioso recidivante, en un enfermo sometido a medicacion arsenical por ingesta, antes del contagio, durante la incubation del chancro y en pleno desarollo del mismo), par Xavier Vilanova. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 6, mars 1935, p. 652.

Un malade soumis à un traitement par le tréparsol pendant 3 mois, contracte la syphilis et présente un chancre déformé, sans induration, ni adénopathie qui persiste longtemps sous l'aspect d'une lésion herpétique.

Plus tard apparaissent des céphalées vespérales. La réaction de Meinicke est négative. Les réactions de Wassermann et de Vernes sont faiblement positives.

Malgré un traitement mixte par le néosalvarsan et le bismuth, les céphalées reparaissent au bout de 17 mois, puis de 23. A ce moment, le Wassermann est positif, mais le liquide céphalo-rachidien est normal quoique donnant une courbe un peu suspecte.

Ce cas souligne le danger des méthodes préventives, utilisant des doses faibles et espacées. J. Margarot.

Ictère et syphilis (Ictericia y sifilis), par Luis de la Cuesta et Enrique Alisedo. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 6, mars 1935, p. 656.

Les auteurs rappellent l'essentiel des faits qui ont permis de conclure à l'origine variable des ictères observés au cours des traitements antisyphilitiques. Suivant les cas, on peut incriminer la syphilis, l'infection hépatique ou biliaire latente, la toxicité des médicaments ou une combinaison en des proportions variables de ces divers facteurs.

La lecture des neuf observations apportées par L. C. et E. A. est des plus instructives. J. Margarot.

Un cas intéressant d'anévrysme aortique (Un caso interesante de anevrisma aortico), par E. Rivas Cabello. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 6, mars 1935, p. 672, 8 fig.

Un anévrysme de dimensions monstrueuses, modifiant la statique de tous les organes thoraciques, donne lieu à une large tuméfaction pulsatile de la région sterno-claviculaire gauche. C'est une femme qui en est porteur. Il s'agit d'une syphilis ignorée. Les réactions séro-

logiques fortement positives sont améliorées par un traitement par l'iode et le bismuth, en même temps que s'atténuent les symptômes fonctionnels. La malade succombe presque subitement avec des signes de collapsus cardiaque.

Une nécropsie vérifie les lésions diagnostiquées par la clinique et, en particulier, la non-rupture de l'anévrysme.

J. MARGAROT.

Considérations statistiques sur la syphilis cutanéo-muqueuse (Consideraciones estadisticas sobre sifilis cutaneo-mucosa), par J. BEJARANO et E. ENTERRIA. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **27**, n° 6, mars 1935, p. 681.

Les statistiques des dispensaires antivénériens Azua et Olavide montrent une diminution globale du nombre de cas de syphilis cutanéo-muqueuse.

Cette diminution porte surtout sur les cas de syphilis secondaire observés chez des hommes. Par contre, le diagnostic de syphilis primaire a été plus souvent porté. La place de la syphilis tertiaire est très réduite.

J. MARGAROT.

Affections peu connues à dermatozoaires. Dermotrombidioses et Dermotétramycoses ? (Dermatozoonosis poco conocidas ¿ Dermotrombidiosis y Dermotetranicosis ?), par Jesus MORAN. *Actas dermo sifiliograficas*, année **27**, n° 6, mars 1935, p. 687, 1 fig.

J. M. décrit, à l'occasion d'un cas de *prurigo automnal de Gruby*, les symptômes de cette affection ainsi que le comportement de l'acare (*thrombidium*) dont la larve joue le rôle d'agent pathogène.

Hexapode, velue, de couleur orangée (rouget), elle vit sur le gazon et sur les légumineuses en août et septembre, causant aux quadrupèdes une blépharite très douloureuse.

Elle donne lieu chez les enfants et les femmes qui se promènent dans les champs, à un gonflement œdémateux très cuisant, souvent attribué par erreur à la piqûre d'une araignée. On trouve le parasite sur le collet des poils, à l'orifice des glandes sébacées, dans les plis cutanés.

Mais les promenades champêtres ne constituent pas le seul moyen de propagation du dermatozoaire. Le parasite aime les transports aériens et voyage volontiers sur les ailes des moustiques avec une prédilection pour les phlébotomes. J. M. présente une préparation montrant cinq acares sur un seul moustique. Il n'est pas nécessaire de dormir sur l'herbe pour être atteint. L'enfant de 3 ans dont l'auteur cite le cas a été piquée dans son lit au cours de la nuit.

L'intérêt est moindre pour le dermatologiste des manifestations analogues causées par le *Tetranycus*, dont le repaire hivernal se trouve dans l'écorce des platanes. Le *Tetranycus molestissimus* de Werzenbergh (1886) attaque l'homme et les animaux de décembre au mois de mars.

L'impropriété de la dénomination de « prurigo automnal de Gruby », l'impossibilité de traduire l'expression de « rouget » — qui est un gallicisme — justifient aux yeux de l'auteur la création de néologismes de

caractère plus scientifique. Il propose pour les affections à *thrombidium* le nom de dermo-thrombidioses et, pour les affections à *tetranycus*, celui de dermo-tétranycoses. J. MARGAROT.

Antigénothérapie spécifique par voie veineuse dans le traitement de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë (Antigenoterapia especifica por via venosa en el tratamiento de la linfogranulomatosis inguinal subaguda), par E. de GREGORIO. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 6, mars 1935, p. 690.

E. de G. a utilisé deux antigènes provenant de deux malades atteints de lymphogranulomatose inguinale. Préparés suivant la technique de Frei, ils ont constamment donné des réactions positives chez les sujets atteints de cette affection et des réactions négatives chez les témoins.

Le pus, obtenu par ponction aseptique d'un ganglion suppuré, mais non ouvert, est additionné de 5 à 6 fois son volume de sérum physiologique. Le mélange est chauffé légèrement et agité de manière à obtenir une émulsion homogène et stable. Cette technique, correctement appliquée, rend inutile la filtration.

La préparation est tyndallisée et additionnée d'acide phénique dans la proportion de 0 gr. 05 o/o. Sa stérilité est vérifiée par des ensemencements sur des milieux appropriés.

Les injections sont faites dans les veines tous les deux ou trois jours — l'intervalle peut être porté à quatre jours en cas de réaction trop intense. La dose initiale de 0,2 cc. est augmentée de 0,2 cc. à chaque nouvelle injection jusqu'à 1 centimètre cube.

Une réaction fébrile avec arthralgies (hémo-réaction de Ravaut) se produit de 10 à 18 heures après la première piqûre. Elle dure plusieurs heures et se trouve parfois suivie d'une seconde élévation thermique. Les injections suivantes sont accompagnées de réactions analogues, mais d'intensité habituellement décroissante.

Les essais thérapeutiques ont porté sur 6 malades atteints de lymphogranulomatose inguinale et sur 4 cas de sténose rectale.

Les premiers ont été rapidement améliorés. Aucune autre médication n'a donné à l'auteur des résultats aussi satisfaisants en aussi peu de temps. Ils sont, par contre, peu encourageants dans la seconde catégorie de faits. J. MARGAROT.

Erythème induré de Bazin et tuberculides papulo-nécrotiques. Sérologie positive (Eritema indurado de Bazin y tuberculides papulo-necroticos. Serologia positiva), par A. CALDERON HERNANDEZ. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 6, mars 1935, p. 703, 1 fig.

Une malade de 20 ans présente un érythème induré de Bazin, des tuberculides papulo-nécrotiques, de l'acrocyanose et un érythème nasal voisin du lupus pernio.

La cuti-réaction de von Pirquet est nettement positive. La recherche du bacille de Koch dans les tuberculides est négative. Une radiographie décèle une adénopathie hilaire.

Les réactions sérologiques de Wassermann et de Hecht sont négatives. Celles de Kahn et de Meinicke (M. K.) sont positives. La formule leucocytaire donne 31 lymphocytes et 10 mononucléaires.

J. MARGAROT.

Une année d'essais avec le premier néo-national : le néo-spirol (Al finalizar el año de ensayos con el primo néonational : néo-spirol), par S Noguer More et J. Sarro. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **27**, n° 6, mars 1935, p. 710.

Après un an d'essais thérapeutiques avec le *néo-spirol*, portant sur une centaine de malades et un total de 1.000 injections, N. M. et J. S. arrivent à cette conclusion que la préparation arsenicale espagnole présente une activité et une innocuité égales à celles des meilleurs produits étrangers.

52 o/o des malades ont présenté des réactions sérologiques négatives après une première série.

Le traitement mixte par l'arsenic et le bismuth, suivant la méthode intensive de Hoffmann, a donné à la fin de la double série 42 o/o de négativations. Cette proportion s'est élevée à 66,66 o/o après un mois de repos.

Dans les cas où ni l'arsenic, ni le bismuth n'ont donné de résultat, la leucocyto-réaction n'a pas été modifiée.

J. MARGAROT.

Gale norvégienne (à propos d'une nouvelle observation) (Sarna norwega — a proposito de una nueva observacion), par J. S. Covisa et Luis de la Cuesta. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **27**, n° 7, avril 1935, p. 739, 15 fig.

Un homme de 44 ans présente depuis 8 ans une hyperkératose circonscrite du bord ciliaire de la paupière supérieure et du pavillon des oreilles, des masses croûteuses sur le cou formant une collerette, des lésions érythémato-squameuses et impétiginées du tronc, des éléments psoriasiformes de siège génital et des formations hyperkératosiques disséminées sur les membres. Un prurit intense accompagne ces manifestations.

L'examen microscopique des croûtes met en évidence des éléments hyperkératosiques associés à des squames, à des débris divers, à des œufs, des larves et à de très nombreux acares.

La couche cornée présente une transformation parakératosique à peu près complète. Il existe de l'acanthose, de la papillomatose, de l'infiltration dermique.

J. MARGAROT.

Sur le pouvoir antigénique du sérum des malades atteints de lymphogranulomatose (Sobre el poder antigenico del suero de los linfogranulomatoses), par M. Hombria. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **27**, n° 7, avril 1935, p. 760.

D'après Reiss, le sérum d'un sujet atteint de lymphogranulomatose inguinale, prélevé entre la deuxième et la troisième semaine et mélangé

à un antigène préparé avec du pus, donnerait une positivité plus forte que l'antigène seul. Les résultats obtenus par M. H. avec cette technique chez cinq malades du service de Covisa sont en complet désaccord avec cette affirmation. J. MARGAROT.

Le métabolisme des hydrates de carbone dans la furonculose (El metabolismo de los hidrates de carbono en la furonculosis), par L. VALLEJO. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 7, avril 1935, p. 763.

Contrairement à la plupart des auteurs, L. V. trouve dans la furonculose une glycémie initiale normale ou un peu inférieure à la normale.

L'établissement d'une courbe glycémique montre par contre l'existence d'un trouble du métabolisme des hydrates de carbone dans environ 50 o/o des cas. J. MARGAROT.

Lèpre monomorphe précoce (Lepra monomorfa precoz), par L. de la CUESTA ALMONACID et E. Rodriguez DE GREGORIO. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 7, avril 1935, p. 778, 4 fig.

Des lésions cutanées des membres offrent l'apparence clinique d'un érythème polymorphe, mais l'examen révèle des troubles de la sensibilité ; l'examen histologique met en évidence une atrophie de l'épiderme et des nodules constitués par des lymphocytes et quelques cellules géantes. On trouve des bacilles de Hansen dans les coupes.

J. MARGAROT.

Exanthème fixe pigmentaire causé par l'aspirine (Exantema fijo pigmentario por aspirina), par L. de la Cuesta ALMONACID et M. Molina GARCIA. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 7, avril 1935, p. 784, 5 fig.

L'administration d'aspirine et d'une association de pyramidon et de véronal est suivie de l'apparition de taches érythémato-pigmentaires fixes répondant cliniquement aux antipyrinides de Brocq et histologiquement à la description de Gans.

Les intradermo-réactions avec ces diverses substances sont négatives, mais les épreuves eczématogènes sont positives.

Au cours d'une nouvelle poussée, une cuti-réaction à l'aspirine est positive. J. MARGAROT.

Réactions de Wassermann et réactions complémentaires dans le liquide céphalo-rachidien (Reacciones de Wassermann y complementarias en el liquido cefalorraquideo), par M. HOMBRIA et L. VALLEJO. *Actas dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 7, avril 1935, p. 792.

Trois réactions ont été utilisées, la réaction de Wassermann, celle de Meinicke (M. K. R. II) et celle de Müller (M. B. R. II). Aucune des trois ne s'est montrée rigoureusement spécifique. Chacune d'elles a donné de fausses positivités.

La réaction de Wassermann est la plus sensible si l'on considère les chiffres globaux. A ne considérer que les cas de syphilis nerveuse, la M. K. R. ne lui est pas inférieure et la M. B. R. se classe un peu après elles. J. MARGAROT.

Infection mixte lymphogranulomateuse, syphilitique et chancrelleuse (Infeccion mixta, linfogranulomatosa, sifilo-chancrosa), par E. de Gregorio. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **27**, n° 7, avril 1935, p. 801.

Un sujet de 21 ans présente un complexe infectieux génital dont l'analyse clinique et les recherches de laboratoire démontrent la triple origine lymphogranulomateuse, syphilitique et chancrelleuse.

J. Margarot.

Tuberculose cutanée et syndromes alopéciques (Lupus érythémateux et pelade, gommes tuberculeuses et pelade décalvante) (Tuberculosis cutanea y sindromos alopecicos — Lupus eritematoso y peladas, gomas tuberculosos y pelada decalvante), par Calderon Hernandez. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **27**, n° 7, avril 1935, p. 807, 2 fig.

Un premier malade présente la curieuse association d'un lupus érythémateux, d'une pelade et d'un purpura. Chez un autre, une pelade décalvante coexiste avec des gommes tuberculeuses.

L'existence d'un même terrain bacillaire chez deux peladiques est intéressante à noter, mais ne saurait permettre de conclure à une commune étiologie des deux processus. J. Margarot.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Psoriasis pustuleux (Psoriasis pustuloso), par S. Noguer More. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, année **11**, n° 115, avril 1934, p. 445.

Chez un malade atteint de psoriasis depuis plusieurs années, ont apparu à divers moments et sur des régions déterminées des éléments pustuleux. Ils avaient pour siège la base même des papules squameuses et occupaient les couches parakératosiques. Une légère poussée fébrile les accompagnait sans que l'état général cessât d'être excellent.

Ultérieurement, les pustules s'effacent et font place à des taches de psoriasis caractéristiques. J. Margarot.

American Journal of Syphilis and Neurology (Saint-Louis).

Etude expérimentale du problème de l'existence d'une forme invisible du virus de la syphilis et de la spirochétose spontanée du lapin (An experimental study of the problem of the existence of an invisible form of the syphilitic virus, and of spontaneous spirochetosis in rabbits), par Bessemans, Van Haelst et De Wilde. *American Journal of Syphilis and Neurology*, vol. **19**, n° 2, avril 1935. p. 161.

Les travaux de ces dernières années admettent l'existence d'un cycle évolutif du tréponème pâle. Au cours de ses transformations successives, le parasite pourrait revêtir une forme « invisible » qui serait susceptible de reproduire la soi-disant forme « végétative ». On cite à l'appui de cette thèse le fait que des organes ne contenant pas de tréponèmes

visibles reproduisent la syphilis lorsqu'ils sont greffés à des animaux sains.

B., H. et D., abordant le problème du point de vue expérimental, ont étudié et comparé le comportement de l'infection après inoculation de greffons contenant des tréponèmes (chancre scrotal du lapin) et de greffons n'en contenant pas (ganglions, rate, cerveau de souris syphilisées).

Ils ont constaté tout d'abord que le virus contenu dans les ganglions a une vitalité particulière et qu'il est plus résistant à la chaleur que le virus du chancre.

Lorsqu'un greffon est riche en tréponèmes, la durée de l'incubation est plus courte que lorsqu'il contient peu de tréponèmes. Même lorsque les greffons sont strictement de même taille, l'incubation est d'autant plus courte que le greffon est plus riche en tréponèmes.

Des dilutions de plus en plus grandes d'une émulsion d'organe contenant des tréponèmes permettent de constater que plus la dilution est grande, plus l'incubation est longue, jusqu'à la limite d'une dilution-seuil à partir de laquelle l'infection n'est plus réalisée. De même, plus un greffon est petit, plus l'incubation est longue, le seuil d'infection étant plus élevé avec les syphilomes qu'avec les ganglions. Lorsqu'on scarifie le scrotum du lapin avec le produit de raclage d'un chancre scrotal, les ganglions inguinaux sont envahis plus rapidement que lorsqu'on scarifie avec le produit de raclage d'un ganglion.

Tous ces faits montrent qu'il y a toujours rapport direct entre le nombre des tréponèmes contenus dans le greffon et la rapidité d'apparition des lésions que produit sa transplantation.

Une technique personnelle, longuement décrite, permet aux auteurs de calculer le nombre des tréponèmes contenus dans chaque greffon.

Pour eux, la présence de tréponèmes est nécessaire pour que l'infection soit réalisée. Leur technique perfectionnée, doublée d'une grande patience, leur a permis de déceler des tréponèmes dans tous les organes dits à virus invisible, aussi bien dans les ganglions des lapins et des cobayes inoculés, que dans les ganglions, la rate et le cerveau de la souris.

Lorsque le nombre des tréponèmes dans le greffon est très petit, les résultats de l'inoculation dépendent de l'organe sur lequel le greffon a été prélevé. Un seul tréponème en pleine vitalité paraît être suffisant pour réaliser l'infection s'il provient d'un ganglion lymphatique, tandis qu'un assez grand nombre de tréponèmes sont nécessaires, s'ils proviennent d'un syphilome.

Les tréponèmes des ganglions paraissent, en effet, être doués d'une virulence et d'une résistance particulières.

Aucune de ces expériences n'est favorable à l'hypothèse d'un virus invisible. Il est probable que l'agent causal de la syphilis expérimentale et de la spirochétose spontanée du lapin est simplement la forme visible du tréponème pâle et du tréponème *cuniculi*. S. Fernet.

Réactions oculaires dues à l'arsphénamine (Ocular reactions due to arsphenamine), par Skirball et Thurmon. *American Journal of Syphilis and Neurology*, vol. **19**, nº 2, avril 1935, p. 197.

Les cas de névrite optique imputés à l'arsenic pentavalent sont bien connus, tandis qu'on s'accorde à reconnaître que l'arsenic trivalent n'a pas d'affinité particulière pour le nerf optique.

Cette règle n'est cependant pas absolue puisque S. et T. citent 20 cas de névrite optique consécutive à des traitements par l'arsphénamine et ses dérivés. Dans 16 cas, les accidents étaient dus à l'arsphénamine, dans 3 cas à la néoarsphénamine et dans 1 cas à la silverarsphénamine.

S. Fernet.

Syphilis et mariage ; recherche sur la présence du tréponème dans le sperme chez des malades en traitement pour la syphilis (Syphilis and marriage ; an inquiry into the infectiousness of semen of patients under treatment for syphilis), par Greenbaum, Katz et Anna Rule. *American Journal of Syphilis and Neurology*, vol. **19**, nº 2, avril 1935, p. 210.

Étude du sperme de 25 syphilitiques, pris au hasard, mais tous traités avant l'examen. Ces cas s'échelonnaient depuis une syphilis datant de quatre mois et traitée par 12 injections bismuthiques jusqu'à un cas datant de 45 ans et traité à diverses reprises par l'arsenic et le bismuth.

Dans aucun de ces cas, on ne put révéler la présence du virus syphilitique dans le sperme. Inoculations, ponctions ganglionnaires, réinoculations sont restées négatives.

Il apparaît donc comme certain que les traitements arsenicaux et bismuthiques stérilisent rapidement le sperme. Cette étude ne permet cependant pas de préciser en combien de temps cette stérilisation est effectuée.

La méthode des inoculations peut servir pour l'examen du sperme des syphilitiques en traitement, pressés de se marier.

S. Fernet.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Nævus spongieux blanc des muqueuses (White sponge nævus of the mucosa ; nævus spongiosus albus mucosæ) par Cannon. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **31**, nº 3, mars 1935, p. 365, 4 fig.

Sept membres d'une famille, constituant trois générations successives, présentaient des lésions congénitales des muqueuses, analogues à celles qu'on observe au cours de certaines hyperkératoses généralisées. Mais dans les cas décrits, les lésions étaient isolées ; C. les interprète comme des nævi ichtyosiformes.

Il s'agissait d'épaisses plaques blanches, opalescentes, d'aspect spongieux, occupant les faces internes des joues, les lèvres et une partie de la langue. L'une des malades présentait des lésions identiques à la vulve, sur le vagin, sur les parois anales et rectales. C. insiste sur le

caractère congénital, familial et héréditaire de ces lésions auxquelles il donne le nom de nævus blanc spongieux des muqueuses.

S. Fernet.

Dermatite lichénoïde purpurique et pigmentée; affection ressemblant à la maladie de Schamberg (Pigmented purpuric lichenoid dermatitis ; a condition resembling Schamberg's disease), par Wise et Wolf. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **31**, n° 4, avril 1935, p. 445, 4 fig.

Il était naturel que dans le pays où la maladie de Schamberg est bien connue, les auteurs profitent du premier cas observé de dermatite lichénoïde purpurique et pigmentée de Gougerot et Blum pour exposer les éléments du diagnostic différentiel entre ces deux affections. La dermatite lichénoïde se distingue de la maladie de Schamberg par ses lésions papuleuses et les caractères de sa pigmentation (pigment ferrique intra- et extra-cellulaire dans le derme). Le lichen plan doit être exclu pour des raisons cliniques et histologiques. S. Fernet.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

La chirurgie du sympathique dans le traitement des lésions cutanées (Sympathetic surgery in the treatment of cutaneous lesions), par Lake. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, vol. **17**, n° 4, avril 1935, p. 143.

Comme beaucoup de méthodes nouvelles, la chirurgie du sympathique connaît actuellement sa période d'enthousiasme inconsidéré. On y recourt dans les cas où le spasme vasculaire paraît être le substratum des lésions : dans la maladie de Raynaud, la sclérodermie, certains ulcères trophiques, l'acro-asphyxie et les engelures, l'hyperhidrose et la bromhidrose.

A la sympathectomie péri-artérielle est venue s'adjoindre une intervention plus radicale : l'ablation des ganglions sympathiques correspondant au territoire lésé : cervical inférieur, premier et deuxième dorsal pour le membre supérieur, deuxième, troisième et quatrième lombaire pour le membre inférieur.

Ces opérations, théoriquement radicales, sont loin de donner les résultats escomptés. Certes, on obtient des améliorations : les crises de la maladie de Raynaud s'espacent et s'atténuent, les sclérodermies s'assouplissent légèrement, les malades sont généralement soulagés, mais jamais les lésions déjà constituées n'arrivent à se réparer.

Il n'y a donc intérêt à recourir à ces interventions que dans les cas où le spasme vasculaire vient à peine d'apparaître et où il ne peut y avoir encore aucune lésion organique constituée.

S. Fernet.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Spectroscopie clinique. 70 cas d'argyrie généralisée consécutive à des traitements par l'argent colloïdal ou organique ; analyse biospectrométrique de dix cas (Clinical spectroscopy. Seventy cases of generalized argyrosis following organic and colloidal silver medication, including a biospectrometric analysis of ten cases), par Gaul et Staud. *The Journal of the American Medical Association*, vol. **104**, nº 16, 20 avril 1935, p. 1387.

G. et S. signalent l'augmentation alarmante des cas d'argyrie consécutive à des instillations nasales et pharyngées de préparations argentiques diverses ou à des traitements internes par l'argyrol dans l'ulcère de l'estomac, la fièvre typhoïde, les entérites ulcéreuses, etc. De 1914 à 1928, on a publié 13 cas d'argyrie généralisée ; depuis 1928, 27 nouveaux cas ont été signalés ; 65 o/o sont consécutifs à des instillations nasales, 20 o/o concernent des enfants au-dessous de 10 ans. La durée des traitements a varié de 1 mois à 11 ans. Un certain nombre de ces cas sont attribuables au silber-salvarsan dont 4 à 6 grammes peuvent suffire pour réaliser l'argyrie chez les individus dont la peau a été antérieurement imprégnée d'argent. Chez les autres, l'argyrie se produit seulement après des doses de 10, 15, 20 grammes.

G. et S. ont imaginé une méthode spectroscopique de dosage de l'argent déposé dans les tissus (*Archives of Dermatol. and Syphilol.*, septembre 1934). Les analyses biospectrométriques qu'ils ont effectuées leur permettent d'établir les faits suivants : le degré de coloration de la peau dépend de la durée et de l'intensité du rayonnement solaire, de la quantité d'argent déposé et de la carnation du sujet ; chez un même individu, le dépôt d'argent est uniforme et égal dans toute l'étendue des téguments quel qu'en soit le degré de pigmentation ; celle-ci apparaît d'abord sur les régions découvertes : à la face, au cou, aux mains, à la lunule des ongles. L'argyrie devient cliniquement apparente lorsque le degré d'imprégnation de la peau est équivalent à celui qui se produit après des injections de 8 grammes de silber-salvarsan. L'imprégnation argentique étant indélébile, les effets de chaque nouvelle absorption s'additionnent aux précédents pour atteindre le degré-seuil à partir duquel la coloration devient apparente. Il est donc prudent d'évaluer ce degré d'imprégnation au moyen de la biospectrométrie avant d'appliquer un traitement par le silber-salvarsan. S. Fernet.

Myxœdème circonscrit (Circumscribed myxedema), par Netherton et Mulvey. *The Journal of the American Medical Association*, vol. **104**, nº 17, 27 avril 1935, p. 1492, 3 fig.

Six nouveaux cas de myxœdème circonscrit symétrique des jambes survenus au cours d'états hyperthyroïdiens. Il s'agit d'un épaississement des téguments des jambes, simulant l'œdème, mais ne gardant pas le godet et n'infiltrant pas la cheville, au-dessus de laquelle se forme un bourrelet de délimitation. La coloration de la peau est rose-bistre, les

bords de l'infiltrat sont relativement diffus, la surface criblée de dépressions en peau d'orange. L'examen histologique montre d'abondants dépôts de mucine dans le chorion et le derme. S. Fernet.

The Urologic and Cutaneous Review (Saint-Louis).

L'histoire et les principaux enseignements de la syphilis expérimentale (The history and principal teachings of experimental syphilis), par Bessemans. *The Urologic and Cutaneous Review*, avril 1935, pp. 219-233.

Excellente revue générale des progrès réalisés dans la connaissance de la syphilis grâce à l'étude de la syphilis expérimentale. Les divers chapitres de cette revue très documentée comportent de nombreuses indications bibliographiques se rapportant aux sujets exposés : morphologie, physiologie, cycle évolutif, culture *in vitro* du tréponème, réceptivité des animaux à l'infection syphilitique, paralysie générale et tréponème, sérologie, liquide céphalo-rachidien, hypersensibilité cutanée des syphilitiques, immunité et allergie, syphilis inapparente, porteurs de germes, thérapeutique et prophylaxie. S. Fernet.

Borgyogyaszati Urologiai es Venerologiai Szemle (Budapest.)

Considérations sur l'étiologie, la pathogénie et la thérapeutique de la dyshidrose, par Edouard Neuber, Charles Berde, Etienne Ballagi et Joseph Sellei. *Borgyogyaszati, Urologiai es Venerologiai Szemle*, année **13**, no 3, mars 1935, p. 35.

Neuber distingue, dans le syndrome dyshidrose, deux variétés : la dyshidrose vraie d'origine endogène ou exogène et la pseudo-dyshidrose due à des champignons ou à des microbes. La pathogénie défendue par Tilbury Fox a été détrônée par Neisser, Jadassohn, Török, Unna, Alexander, Gans. Marchionini examine le *p*H du contenu des vésicules. Pour N., on ne saurait rapprocher le syndrome dyshidrose de l'eczéma, qui, lui, est un syndrome à part et non encore complètement élucidé. Dans la pathogénie de la dyshidrose, l'allergie occupe une place importante. Comme thérapeutique on fait, en période de poussées aiguës, des pansements humides à l'aide de solutions de Burow diluées, de résorcine à 1/2-2 o/o ou de trypaflavine à 1 o/oo ; après l'inflammation, l'huile de Zn, onguent diachylon de Hebra (Berde) font bien. Dans les cas de dyshidroses d'origine mycosique, les pansements alcoolisés sont à employer. Les lésions non inflammatoires sont traitées par la teinture d'iode, des auto-vaccins. La radiothérapie trouve ici son indication.

Pour Berde, il y a deux variétés de dyshidrose : dyshidrose vraie ou eczéma dyshidrosique et éruptions dyshidrosiformes. 1° La dyshidrose vraie doit être considérée comme une forme spéciale de l'eczéma aigu. L'agent causal est une substance allergique, soit chimique, soit

originaire des toxines de bactéries ou de champignons et arrivant de foyers éloignés. L'ablation des foyers primitifs présumés n'entrave pas toujours l'évolution de la dyshidrose, une cure de rayons X, par contre, la guérit complètement sans aucune intervention sur le foyer primitif. L'âge, l'hyperhidrose, les saisons, les facteurs météorologiques, etc. interviennent dans la production de la dyshidrose. 2° Les éruptions dyshidrosiformes : mycoses dyshidrosiformes, dyshidrose infectieuse de Milian, dyshidrose suppurée à type de pyodermite extensive de Favre, éruptions complexes du pied décrites par Gougerot sont provoquées par des agents connus. .L'auteur discute les différentes théories pathogéniques (Tilbury Fox, Nestorowsky, Kreibich, Marchionini). La thérapeutique de la dyshidrose vraie consiste dans la destruction des foyers primitifs et application des traitements locaux chimiques et physiques de l'eczéma. La dyshidrose mycosique est traitée comme une affection mycosique ; quand aux dermatoses pyogènes décrites par Favre, Milian, Gougerot, on fait des pansements humides (solution de résorcine à 1 o/o, solution de Burow à 1/10e, solution de nitrate d'argent à 1/4 o/o) en période aiguë ; au contraire, après l'inflammation, la vaseline boriquée à 3 o/o ou des pommades à base de Hg ou à base d'acide salicylique font très bien. On peut employer les rayons X.

L'étiologie des dyshidroses permet à Ballagi de distinguer les variétés suivantes : 1° épidermophytie, c'est-à-dire trichophytie des mains et des pieds ; 2° mycose corymbiforme des mains et des pieds ; 3° levurides des mains et des pieds, type Ravaut ; 4° quelques *dyshidrosis lamellosa sicca* ; 5° mycoses eczématoïdes des mains et des pieds. Le traitement doit, dans les dyshidroses infectieuses, viser les foyers d'infection, dans les dyshidroses mycosiques, recourir aux vaccins. Localement, on emploie des solutions (carbolfuchsin, bleu de méthylène, brillantgrün) et des pommades antiseptiques.

Sellei propose l'emploi du traitement parathyroïdien (1928) en vue de rétablir l'équilibre des ions Ca et K à côté du traitement local. Le traitement spécifique est à recommander, les inconvénients de la radiothérapie la font déconseiller. BALASFFY-BLASKO.

Magyar Orvosi Archivum (Budapest).

La question de la cholestérine dans le xanthome, par Louis NÉKAM fils et Berta OTTENSTEIN. *Magyar Orvosi Archivum*, année 35, n° 1, 1935, p. 63.

En se basant sur l'examen détaillé d'un cas, N. et O. concluent que, dans les xanthomes, l'hypercholestérinémie ne peut être due aux troubles de désintégration de la cholestérine ; même à l'état normal, les ferments ne sont pas capables, en effet, d'effectuer cette désintégration. L'action des bactéries seule pourrait l'exécuter au niveau du tractus intestinal. A côté des troubles de sécrétion de la cholestérine et de ceux de la fonction de réserve du foie, les modifications des fractions de

lipoïdes prennent une place importante dans l'étiologie du xanthome ; ces dernières elles-mêmes dépendent des fonctions d'estérification et de sécrétion du foie. La cholestérine, devenue ainsi instable, est absorbée par des cellules ayant une prédisposition spéciale (système réticulo-endothélial). La localisation, en outre, peut être sous l'influence des facteurs locaux. Les cas de la littérature, sur la diminution de la cholestérine, s'expliquent probablement par une intervention bactérienne ou par des modifications rendant impossible la découverte de la cholestérine au moyen des épreuves habituelles. Puisque les troubles hépatiques constituent le noyau central de la genèse des xanthomes, en thérapeutique, l'insuline, la diète hydrocarbonée et une restriction des graisses sont fort recommandables. BALASFFY-BLASKO.

Orvosi Hetilap (Budapest).

Keratoma diffusum palmare et plantare symmetricum compliqué de verrues, par Gustave PILAU. *Orvosi Hetilap*, année 79, n° 16, 20 avril 1935, pp. 437-439.

L'affection débute à l'âge de 30 ans. Les régions hyperkératosiques ne sont pas limitées par une bordure érythémateuse ; elles atteignent 1 centimètre d'épaisseur sur la paume des mains et sur la plante des pieds. Elle n'a aucune tendance à la guérison. Observée chez un individu de 48 ans, elle appartient au groupe des kératoses palmo-plantaires diffuses, à forme atypique. On doit admettre son évolution sur un terrain congénital, sur lequel elle s'est développée à la suite d'un facteur traumatique, à un âge avancé, s'étant compliquée de verrues.

BALASFFY-BLASKO.

Affections cutanées et internes représentant des symptômes tardifs de différentes maladies contagieuses aiguës, par DÉSIRÉ v. KÉMERI. *Orvosi Hetilap*, année 79, n° 17, 27 avril 1935, pp. 464-467.

L'auteur formule les conclusions suivantes :

1° Les maladies contagieuses aiguës, après leur évolution, ne guérissent pas définitivement ; les foyers qu'elles laissent latents à leur suite peuvent entretenir, pendant toute la vie, des symptômes tout à fait à la manière de la syphilis ;

2° Ces symptômes sont actuellement considérés comme des maladies autonomes, alors qu'ils ne constituent que des manifestations, des formes ou des symptômes différents de la même ou des mêmes affections ;

3° Les foyers pyogènes, tuberculeux et syphilitiques ont une action réciproque chez le même sujet, tant au point de vue de la forme, qu'au point de vue de l'évolution de la maladie. Séparément ou ensemble, ils peuvent engendrer des symptômes. BALASFFY-BLASKO.

Il Dermosifilografo (Turin).

Intoxication aiguë par le bismuth suivie de mort (Observation clinique et anatomo-pathologique), par Marco Ciani. *Il Dermosifilografo,* année **10**, nº 4, avril 1935, p. 201, 6 fig. Bibliographie.

L'auteur rapporte un cas d'intoxication aiguë par le bismuth, suivi de mort, observé chez une femme de 47 ans, syphilitique depuis 1910. La malade, qui n'avait fait que quatre injections de sublimé au début de la contagion, reprit le traitement seulement au mois de juillet 1933, et après deux injections d'iodo-bismuthate de quinine, faites par suite d'une erreur de la malade, seulement à 48 heures d'intervalle, elle fut atteinte de fièvre, vomissements et diarrhée. A ces symptômes s'ajoutèrent ensuite une stomatite ulcéro-membraneuse et des lésions inflammatoires analogues sur les autres muqueuses, avec hypothermie, oligurie, ictère, et une pigmentation brun noirâtre sur le dos des mains.

La mort survint au bout de 36 jours et l'examen nécroscopique montra une petite ulcération en voie de cancérisation dans la région juxtapylorique, de la dégénérescence des parenchymes, de l'artério-sclérose rénale.

Les recherches histologiques et histochimiques démontraient, dans les divers organes et dans la peau de la main, la présence d'abondantes granulations qui paraissaient dues à des dépôts de bismuth.

L'auteur expose ensuite les résultats de quelques recherches expérimentales effectuées sur des lapins inoculés par diverses voies avec la même préparation qui avait servi au traitement de sa malade.

Il fait remarquer que l'affirmation de Hudelo et Rabut en 1924, selon laquelle le traitement bismuthique ne compte à son passif aucun cas de mort, est une affirmation trop optimiste. Sans doute, les accidents graves sont en nombre infime en comparaison du nombre considérable d'injections effectuées. Mais ces accidents existent néanmoins et peuvent même entraîner des complications mortelles. En 1932, Beermann, dans un travail sur cette question, a pu relever dans la littérature 28 cas de mort, et depuis il en a été publié encore d'autres. Beermann divise ces accidents mortels en trois catégories : *a*) cas de mort immédiate ou très rapide, observés surtout à la suite d'injections intraveineuses, le plus souvent la mort résulte d'un choc colloïdo-clasique ; *b*) cas de mort tardive, les plus nombreux, survenant pour la plupart à la suite d'injections intramusculaires, avec une symptomatologie variée, parfois à la suite d'accidents de stomatite, comme dans le cas étudié ; *c*) cas douteux, c'est-à-dire les cas de mort survenue chez des sujets soumis à la médication par le bismuth sans qu'on puisse affirmer absolument que le bismuth puisse être incriminé et sans qu'il soit possible de dire par quel mécanisme se sont produits les accidents mortels.

Ces cas montrent bien que le traitement bismuthique, bien qu'il

paraisse à première vue inoffensif, ne doit pas cependant permettre des imprudences, et, même pour l'application du traitement bismuthique, il est nécessaire de procéder au préalable à un examen approfondi et méticuleux du malade, de manière à déceler les affections préexistantes, dont l'aggravation a souvent été la cause des accidents mortels survenus au cours du traitement ; il importe en particulier de bien s'assurer de l'état du foie, des reins et de la bouche.

Un autre point qui mérite également d'attirer l'attention, c'est que parmi les cas de mort qui ont été observés, la plupart se sont produits chez des sujets qui étaient soignés au moyen de préparations contenant à la fois de l'iode, du bismuth et de la quinine. Il n'est pas facile de préciser quelle importance a pu avoir l'association de ces divers produits dans le déterminisme de l'intoxication, ni par quel mécanisme a pu se produire la mort. BELGODERE.

La section dermosyphilopathique de l'Hôpital de Novare pendant les deux années 1932-1933, par Angelo MEINERI. *Il Dermosifilografo*, année **10**, nº 4, avril 1935, p. 221.

La ville de Novare, grâce à des perfectionnements nombreux qui ont été apportés dans ces dernières années, possède une organisation hospitalière modèle, que pourraient lui envier nombre de centres plus importants. Les anciens services ont été réorganisés, et adaptés aux exigences modernes ; il en a été créé de nouveaux, notamment pour les diverses spécialités, et chacun de ces derniers a été confié à un médecin qualifié par sa compétence, à l'exclusion de toutes autres considérations qui influent trop souvent ailleurs. Cette organisation est complétée par une institution culturale, la Société de Culture Médicale, destinée à stimuler le goût de l'étude et de la recherche scientifique parmi les médecins. Cette Société publie un *Bulletin* qui est largement diffusé, et qui est riche de communications importantes et de travaux originaux.

L'auteur, à qui a été confiée la direction de la Section dermato-vénéréologique, expose l'organisation de son service, et fait l'inventaire des cas qu'il a eu l'occasion de traiter au cours des années 1932-1933. Il discute les divers cas qui se sont présentés à son observation et développe, à propos des diverses maladies qu'il a eu l'occasion de traiter, des considérations de tout ordre, étiologiques, pathogéniques, thérapeutiques, etc... BELGODERE.

Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

La systématisation des lésions dites « Blastomycoses », par Piero REDÆLLI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **76**, f. 2, avril 1935, p. 253, 19 fig. Bibliographie.

L'auteur rappelle que, au Congrès de Médecine coloniale de Naples (1934), il eut une controverse avec Castellani à propos de la classifi-

cation des blastomycoses : tandis que Castellani préconisait une classification purement clinique, l'auteur plaidait au contraire en faveur d'une classification purement étiologique. Il fait à ce propos un examen des différentes classifications qui ont été proposées pour les diverses mycoses humaines et animales, et montre que les opinions des mycologues ont souvent varié sur la nature des divers mycètes, sur la place qu'il convenait de leur attribuer dans leurs classifications, sur la dénomination qui devait leur être attribuée. Ces variations auraient dû être suivies de variations correspondantes dans la pathologie humaine.

C'est ce qui n'a pas eu lieu : « Les médecins, dit R., sont si fortement conservateurs, que ce n'est qu'avec de grandes difficultés et au prix de confusions importantes qu'ils pourraient obtenir l'extirpation de noms profondément enracinés dans la coutume et la modification de ceux-ci. Un exemple classique à ce sujet est le fameux nom de blastomycose, que personne ne veut abandonner, bien qu'il soit une source continuelle de confusion et de graves erreurs, si bien qu'il aurait dû depuis longtemps être effacé des Traités. »

A l'appui de cette opinion, R. passe en revue et critique les diverses classifications des blastomycoses qui ont été proposées par les divers auteurs et dans les divers pays. Elles montrent que des formes pathologiques égales ou semblables au point de vue anatomo-clinique peuvent avoir une étiologie fungique variable et qu'inversement, des espèces fungiques bien définies botaniquement et biologiquement peuvent occasionner des lésions de types divers ; c'est là un des plus grands écueils pour une classification précise et définitive des blastomycoses.

R. s'y essaie cependant et propose une systématisation « moderne » des blastomycoses, dont il distingue 9 catégories. Il fait l'étude de chacune d'elles, au point de vue des caractères anatomo-cliniques et étiologiques, et au point de vue des procédés de diagnostic. Cette étude montre que, de toute façon, le démembrement s'impose du groupe actuel des blastomycoses et, plus encore, l'auteur propose l'abolition de ces termes de « blastomycète » et de « blastomycose », qui peuvent être une source continuelle d'erreurs. BELGODERE.

Observations cliniques et recherches sur le traitement vitaminique de l'eczéma, par COMEL. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **76**, f. 2, avril 1935, p. 283.

L'auteur a soumis à de fortes doses de vitamine D et de mélanges de vitamines D et A, un groupe de sujets eczémateux (formes endogènes et formes exogènes et professionnelles) et il a constaté que ce traitement se montrait fort utile, dans la plupart des cas. La régression et la résolution des foyers d'eczéma furent favorisées et accélérées, et cette action thérapeutique des vitamines se manifesta indifféremment sur les formes endogènes et exogènes. Au point de vue clinique, ce traitement se montra plus efficace chez les sujets jeunes et chez ceux qui étaient indemnes de troubles endocriniens, dans le cas de troubles

endocriniens associés on eut parfois des échecs. Chez ces sujets, on observa aussi moins souvent les anomalies initiales de la calcémie.

Les variations de cette dernière et celles du contenu en acide lactique, furent recherchées, chez les sujets étudiés, avant et pendant le cours de l'administration des vitamines employées. On eut la confirmation que la calcémie augmente durant la cure, mais cette « réaction calcémique » demeure parfois peu accentuée, parfois absente, chez les sujets adultes, même lorsque l'influence thérapeutique favorable se manifeste.

Un phénomène intéressant par sa fréquence et son importance, fut la variation du contenu du sang en acide lactique. Ce dernier, souvent élevé au début chez les sujets eczémateux, offrit une rapide et importante diminution dès que fut appliquée l'administration des vitamines. Parfois, on atteignit des valeurs anormalement basses, et cette « réaction de l'acide lactique » fut évidemment en rapport, dans son intensité, avec l'action thérapeutique vitaminique.

L'auteur explique cette action thérapeutique, en se basant sur les résultats obtenus, par une influence histophile aspécifique, microergique, des facteurs vitaminiques. Une telle interprétation est en harmonie également avec les données obtenues par les examens de la calcémie et du contenu en acide lactique du sang, et les variations de ce dernier doivent être attribuées, selon C., à l'action des principes microergiques vitaminiques sur les processus métaboliques cellulaires.

Les observations cliniques et les données des examens chimiques, dans les cas d'eczémas professionnels et exogènes, se prêtent à envisager même dans ces cas, un côté endogène et allergique pour la pathogénie de ces eczémas. Au point de vue pratique, thérapeutique et prophylactique, ces résultats doivent nous amener à tenir compte de l'opportunité de traitement vitaminiques microergiques, même dans cette catégorie d'eczémas, et ils permettent aussi de justifier l'emploi de ces traitements vitaminiques, en cas d'intervention d'un mécanisme dysvitaminosique, même dans les périodes de latence de la dysfonction cutanée. BELGODERE.

Encore sur le comportement des hormones préhypophysaires (Prolan A et B), dans quelques dermatoses, par Gian Battista COTTINI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. 76, f. 2, avril 1935, p. 313.

Courte note, dans laquelle l'auteur rappelle une publication antérieure (analysée ici) où il avait mis en évidence, chez un certain nombre de sujets, atteints de dermatoses diverses, la présence de Prolan A et B dans les urines. Il avait conclu à l'utilité de l'emploi des hormones préhypophysaires dans le traitement de ces dermatoses. Or, C. a eu l'occasion de revoir plusieurs des malades qui avaient fait l'objet de cette étude et de rechercher de nouveau dans leurs urines la présence du Prolan A et B. Les résultats ont été tout à fait contradictoires. D'où

il conclut qu'il faut se garder de déductions trop hâtives et que la question demande encore de nouvelles recherches.

BELGODERE.

Nouvelles observations sur le régime lacté en dermatologie, par CHIALE. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **76**, f. 2, avril 1935, p. 317. Bibliographie.

C. poursuit ses travaux sur le régime lacté en dermatologie, question à laquelle il a déjà consacré, entre autres, un Rapport au dernier Congrès italien de Dermatologie (dont nous avons précédemment donné l'analyse).

Dans la présente étude, il a en vue principalement la *composante hydrique* du lait, il étudie surtout l'influence du régime lacté sur le métabolisme de l'eau dans les maladies de la peau. Ses recherches précédentes ont mis en évidence la profonde altération du bilan hydrique dans les dermatoses diffuses. Le régime lacté semble exercer une action essentiellement équilibratrice ; il a pour effet de tendre à ramener les valeurs à la normale : on observe en effet une diminution du volume plasmatique, une augmentation, relative et absolue, du volume globulaire, l'augmentation de la teneur en protéines du sérum et de sa pression osmotique, une diminution de l'élimination cutanée, au profit de la diurèse.

Toutefois, ces recherches effectuées sur le sang, ne sont pas absolument probantes et C. a voulu approfondir davantage le problème en vérifiant le contenu de la peau en eau. Pour cela, un certain nombre de malades atteints de dermatoses diverses ont été soumis au régime lacté, des lambeaux de peau ont été excisés avant et après la mise en train du régime, et ces lambeaux de peau ont été pesés avant et après dessiccation, ce qui permet de se rendre compte des variations de l'hydristie cutanée. Ces expériences ont permis de constater, dans la plupart des cas, une diminution de la teneur en eau de la peau sous l'influence du régime lacté, à laquelle correspondaient des modifications de la crase sanguine : augmentation de l'indice réfractométrique et de la pression osmotique du sérum. C. discute le mécanisme par lequel s'exerce cette action du régime lacté : elle est due à une action normalisatrice des rapports physico-chimiques entre l'eau et les colloïdes protoplasmiques ou hydro-affinité cellulaire cutanée. Les découvertes récentes sur la composition ionique du lait sont venues jeter une lumière nouvelle sur le mécanisme de cette action ; dans le lait, prédominent d'une manière nette les cations à action diurétique et désimbibante (C, Mg, Ca) par rapport aux cations œdématigènes (Na). La prévalence des K ions sur les Na ions rend probable aussi un réflexe sur le système nerveux végétatif, avec prédominance vagale et exaltation des processus métaboliques progressifs réparateurs.

Ce travail se termine par des considérations pratiques et thérapeuti-

ques sur les indications et l'application du régime lacté dans le traitement des dermatoses, chez l'enfant et chez l'adulte.

BELGODERE.

Recherches sur le pH intradermique dans quelques dermatoses et dans diverses conditions expérimentales, au moyen de l'emploi des indicateurs vitaux, par Mario TAMPONI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. 76, f. 2, avril 1935, p. 335. Bibliographie.

Après quelques considérations générales sur l'importance qu'a prise, dans ces dernières années, l'étude du *p*H en pathologie, et après avoir résumé les notions actuellement acquises sur la réserve alcaline et le *p*H en dermatologie, l'auteur expose ses recherches personnelles. Il a étudié le comportement du *p*H intradermique dans un certain nombre de dermatoses et dans certaines conditions expérimentales par la méthode des indicateurs vitaux de Peyton Rous. Cette méthode consiste, comme on sait, dans l'utilisation de cette propriété de certaines substances (bromure de crésol, bleu de bromothymol, rouge de crésol, etc.), de changer de coloration selon le degré d'alcalinité ou d'acidité du milieu ambiant. T. a employé ces substances sous la forme d'injections intradermiques.

Pour ce qui concerne les recherches cliniques, il a pu établir que, au niveau des foyers inflammatoires aigus et surtout dans ceux qui s'accompagnaient de phénomènes de suppuration, il existait un déplacement plus ou moins net du *p*H intradermique vers les valeurs acides et que le degré d'acidité était en rapport direct avec l'intensité de l'inflammation.

Pour ce qui concerne les recherches expérimentales, T. a étudié le comportement du *p*H intradermique sur les cuti- et les intradermoréactions à la tuberculine, sur des zones cutanées préalablement soumises à des irradiations avec les rayons ultra-violets, et enfin sur des sujets soumis à l'administration prolongée de substances à action acidifiante (acide phosphorique) et sur des sujets chez lesquels on avait provoqué une sudation abondante (pilocarpine).

L'auteur discute les résultats de ces recherches et admet que l'interprétation la plus probable qu'il convient de donner des phénomènes observés est qu'ils confirment la théorie physico-chimique de l'inflammation qui a été imaginée par Schade et ses collaborateurs : ces auteurs estiment que, dans les tissus enflammés, existerait une hypertonie qui déterminerait un abaissement du *p*H, conception qui s'est trouvée confirmée par la suite par les études sur les échanges dans les tissus enflammés, dans lesquels on a trouvé précisément une augmentation des processus déshydrogénisants. Or, la chimie biologique enseigne que les phénomènes de déshydrogénisation, procédant avec un rythme accéléré sous l'influence de l'excitation inflammatoire, produisent une accumulation de produits acides intermédiaires du métabolisme, qui aboutissent par conséquent à un abaissement du *p*H local.

T. pense que les phénomènes qu'il a mis en évidence par ses recherches dans les foyers cutanés pathologiques, doivent être interprétés selon ces conceptions. BELGODERE.

Le « phénomène d'obstacle » en dermosyphilopathie, par Filippo FRANCHI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **76**, f. 2, avril 1935, p. 359. Bibliographie.

C'est en 1931, à la section des Sciences de l'Académie de Modène, que Donaggio a fait connaître cette réaction, à laquelle il a donné le nom de « phénomène d'obstacle » (P. O.). Voici en quoi consiste cette réaction : le molybdate d'AzH^4 (ou d'autres mordants), possède la propriété d'inhiber la précipitation de la thionine ou d'autres matières colorantes d'aniline. Dans certains cas, l'urine ou le liquide céphalo-rachidien de certains sujets acquiert la propriété d'inhiber cette réaction de précipitation de la thionine, de lui « faire obstacle ». Cette réaction, depuis que son auteur l'a fait connaître, a déjà suscité de nombreux travaux, mais fort peu dans le domaine dermatologique. F. passe en revue ces travaux et précise la technique de la réaction telle que l'a indiquée son auteur, ainsi que les diverses modifications qui en ont été proposées. Il expose ensuite les résultats de ses recherches personnelles.

Elles ont été effectuées sur les urines de syphilitiques soumis au traitement spécifique et de sujets atteints de dermatoses, 4.000 déterminations ont été effectuées.

a) Dans la syphilis, le P. O. est étroitement lié à la période floride des manifestations, indépendamment de toute variation de la température ; il fait complètement défaut dans la syphilis latente et même dans les récidives cutanées de la syphilis, lorsque le malade a été précédemment soumis au traitement spécifique. L'intensité de l'obstacle présente son maximum à la période secondaire, son minimum à la période primaire.

Le traitement spécifique provoque une diminution des valeurs du phénomène, plus ou moins rapidement, sous l'influence de facteurs multiples : réactivité individuelle, valeurs initiales atteintes par l'obstacle, qualité du médicament injecté, voie d'introduction de ce médicament. Sous l'action du traitement, l'organisme se trouve ramené à des conditions que l'on peut appeler d'*équilibre*.

b) Dans quelques dermatoses exsudatives (eczéma) et bulleuses (maladie de Dühring), le P. O. est, au moins dans une certaine mesure, capable de refléter les conditions et l'évolution de la dermatose.

c) Pendant la période menstruelle, le P. O. subit une augmentation qui, bien qu'elle reste dans des limites modestes, est cependant évidente.

d) Le P. O. se manifeste également sur le lait de la femme et ses valeurs varient presque parallèlement avec celles des urines.

L'auteur exclut que l'obstacle puisse être rapporté à la présence dans

les urines examinées d'albumine et d'urobilinogène ; il ne peut pas non plus être mis en rapport avec les déséquilibres électro-colloïdaux qui sont utilisés dans le mécanisme des réactions de floculation.

Les altérations révélées par le P. O., soit dans l'infection luétique, soit dans les dermatoses étendues, semblent plutôt devoir être rapportées à des altérations physico-chimiques consécutives à un passage exagéré dans la circulation de produits de désintégration incomplète.

Quoi qu'il en soit, de nouveaux examens, de nouvelles recherches pourront mieux préciser le mécanisme intime de la réaction proposée par Donaggio, qui apparaît de quelque valeur biologique, car elle permet de suivre la réponse de l'organisme à des stimulants déterminés. BELGODERE.

Acné et tuberculose, par Francesco SEBASTIANI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **76**, f. 2, avril 1935, p. 393. Bibliographie.

Ce travail est une contribution à l'étude de l'étiologie de l'acné. L'auteur rappelle les différentes phases qu'ont traversées les opinions des pathologistes au sujet de la pathogénie de cette affection cutanée. D'abord, ont prévalu les théories pathogéniques locales, exogènes, puis, dans la période contemporaine, les prédispositions de terrain, les réceptivités constitutionnelles ont rallié les préférences. S. fait une courte revue générale des diverses théories émises sur la base de ces diverses conceptions par les divers auteurs qui se sont intéressés à cette question.

En 1930, Ramel a présenté une conception pathogénique nouvelle qui a suscité un vif intérêt : depuis longtemps, on admettait l'existence de relations entre la tuberculose et l'acné, la tuberculose occasionnant tout au moins une prédisposition de terrain. Ramel, dont l'attention avait été éveillée par les analogies d'aspect manifestes entre les lésions de l'acné et celles du scrofuloderme, a recherché le bacille de Koch dans les lésions acnéiques d'un certain nombre de sujets, et il a trouvé ce bacille chez 9 sujets sur une série de 17 ; les cultures se sont montrées stériles, mais les inoculations au cobaye furent positives et déterminèrent chez ces animaux une tuberculose à évolution lente : il s'agirait donc d'une tuberculose atténuée. Pour expliquer l'absence de diffusion de la maladie tuberculeuse dans l'organisme, Ramel admet qu'il s'agirait d'une manifestation vaccinante, avec élimination à travers l'émonctoire rénal.

S. a entrepris des recherches personnelles dans le but de contrôler les conceptions de Ramel. Elles ont porté sur 23 sujets, parmi lesquels 18 ne présentaient aucune trace décelable de processus tuberculeux antérieur ou en évolution. Cinq autres, par contre, étaient atteints de manifestations tuberculeuses concomitantes à la dermatose. Chez tous ces sujets furent pratiqués des ensemencements, sur milieu de Löwenstein, du culot de centrifugation des urines, on fit également des hémocultures, on effectua des cuti-réactions avec la tuberculine humaine et bovine.

Or, ces recherches ont toutes donné des résultats absolument négatifs, même chez les sujets qui présentaient des lésions de tuberculose.

D'où l'on peut conclure que la bacillémie tuberculeuse, soi-disant fréquente chez les acnéiques, selon Ramel, est tout au moins inconstante et discutable. S. rappelle une opinion de Capuani, qui considère les solutions de continuité de la peau du dos et du cou, y compris les pustules comme une porte d'entrée fréquente du bacille tuberculeux, capable de devenir le point de départ de bacillémies et de localisations dans les divers organes. Cette opinion pourrait expliquer les résultats qui ont été constatés par Ramel. BELGODERE.

Urticaire pigmentaire des enfants (Contribution clinique et histologique), par Giorgio ROBBA. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. 76, f. 2, avril 1935, p. 411, 6 fig. Bibliographie.

L'auteur rappelle les obscurités et les controverses que présente l'histoire de cette affection, qui semblait au début bien définie lors de la première description de Unna en 1886, alors que cet auteur en avait fait une dermatose spécialement infantile et caractérisée essentiellement au point de vue histologique par la présence d'amas de mastzellen sous forme de tumeurs. Depuis, divers auteurs ont observé des cas qui se différenciaient de cette description initiale, soit par l'âge des sujets (adultes), soit par une disposition différente des mastzellen, qui se présentaient dispersées au lieu de se montrer en amas. Diverses classifications ont été proposées, sur lesquelles on ne s'est pas encore mis d'accord. Ces divergences d'opinions montrent que la question a encore besoin d'être étudiée et, par suite, les cas d'ailleurs rares que l'on a l'occasion d'observer méritent une relation.

R. a observé un cas d'urticaire pigmentaire chez un enfant de 14 mois, qui était atteint depuis sa naissance de troubles intestinaux associés à des symptômes de rachitisme ; vers le sixième mois, se manifesta une affection cutanée constituée par des placards pomphoïdes arrondis, de couleur brun rougeâtre, et par des taches brun foncé étendues à presque toute la surface cutanée qui présentait ainsi un aspect tigré. Le symptôme de l'urticaire factice était évident sur toute l'étendue des lésions ; il y avait du prurit, la formule hématologique était normale avec légère augmentation des mastzellen leucocytes. Histologiquement, on constatait le tableau typique de l'urticaire pigmentaire, c'est-à-dire l'augmentation du pigment dans la couche basale et, dans les papilles, les classiques tumeurs de mastzellen ; il y avait de la vaso-dilatation avec des amas de mastzellen autour des follicules et des vaisseaux, dans les plus petits desquels ces cellules se substituaient parfois par places aux cellules endothéliales.

L'auteur discute le diagnostic différentiel et envisage ensuite la pathogénie et l'étiologie de l'affection. En se basant sur ses constatations histologiques, il est porté à admettre l'origine histiogène des mastzellen, malgré la constatation d'une légère augmentation des mastleuco-

cytes dans le sang. Il rappelle brièvement les diverses théories proposées pour résoudre le problème étiologique et conclut en envisageant dans ce cas la possibilité d'un lien étiologique entre la dermatose et la dysfonction intestinale, qui pourrait être interprétée comme un facteur occasionnel sur un terrain constitutionnel particulier, du reste actuellement très obscur. BELGODERE.

Bulletins de la Société Turque de Médecine (Stamboul).

Insuffisance hépatique et anaphylaxie consécutives aux injections de salvarsan, par Osman CHEREFEDDIN CELIK. *Bulletins de la Société Turque de Médecine*, n° 5, 1935, pp. 214-215 et 268-269.

Le jeune homme présenté par l'auteur, atteint de dysenterie amibienne en 1926, subit un traitement par l'émétine et reçut plus tard une injection intraveineuse de 0,15 cgr. de néosalvarsan. Cette dernière provoqua toute une série d'accidents sérieux, tels que céphalalgie, vomissements, fièvre à 40°, dermite érythémato-prurigineuse et ictère que l'auteur met sur le compte d'une insuffisance hépatique. En effet, une épreuve d'hémoclasie digestive faite plus tard, fait tomber le nombre des leucocytes de 8.000 à 3.000 et une épreuve de glycémie provoquée augmente celle-ci de 80 o/o. Cette insuffisance hépatique a laissé chez le sujet une disposition à faire des crises anaphylactiques à manifestations urticariennes. L'urticaire périodique et à répétition, survenant depuis 4 ans, n'a cédé qu'à un traitement anti-anaphylactique et à un régime approprié à l'état du foie. Dernièrement, nouvelle crise d'urticaire avec urobilinurie, globules rouges 3.900.000, globules blancs 2.500, hémoglobine 65 o/o, glycémie 0,50 cgr., urée sanguine 0,39 cgr., épreuve de la sédimentation 8, polynucléose. L'auteur a cru utile de faire un traitement par des extraits hépatiques (injections de campolon) ce qui permit d'arrêter immédiatement l'urticaire. Ce traitement permit aussi de donner au malade une alimentation variée sans que l'urticaire réapparût. R. ABIMÉLEK (Stamboul).

Angiokératome de Mibelli sur terrain syphilitique, par Nuri OSMAN. *Bulletins de la Société Turque de Médecine,* n° 5, 1935, pp. 241-243 et 275-276.

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, présentant depuis un an des éruptions angiomateuses cutanées ayant commencé aux orteils et envahi petit à petit les membres inférieurs et supérieurs, le visage, la nuque et les fesses. Ce sont des angiomes isolés ou agglomérés en plaques à surface en général kératosique et verruqueuse aux pieds. Ils ne s'effacent pas par la pression, mais saignent facilement si on les force. Ils ne sont ni douloureux ni prurigineux.

A la coupe histologique, hyperkératose de l'épiderme, pigmentation des cellules, infiltration du tissu conjonctif du derme, néoformations vasculaires.

Ni la clinique, ni le laboratoire, ni l'examen radiologique des poumons n'ont permis chez le malade de rattacher son affection à la tuberculose. Par contre, le Wassermann se révéla fortement positif dans le sang. Pourtant, un traitement intensif arsenical (plus de 6 grammes de néosalvarsan) n'a produit aucune modification de l'affection cutanée. R. Abimélek (Stamboul).

Sovietskaïa Dermatologia (Gorky).

Contribution à l'étude et aux méthodes de recherche du dermographisme, par P. M. Zalkan. *Sovietskaïa Dermatologia*, n° 1, 1935, pp. 10-19.

Après avoir rappelé les hypothèses tendant à expliquer la nature du dermographisme, l'auteur rapporte les résultats de ses 800 observations personnelles faites sur 250 malades atteints de différentes dermatoses. Il en résulte que le dermographisme dépend de plusieurs facteurs dont surtout l'intensité de la pression. La pression faible avec un objet mousse provoque presque chez tous les sujets un dermographisme blanc s'expliquant par la contractilité des capillaires. La pression forte est suivie d'une raie rouge qui s'explique par la dilatation active des petits et moyens vaisseaux cutanés et parfois par l'augmentation de la perméabilité des parois vasculaires avec infiltration tissulaire.

Dans ses observations, l'auteur recherchait la réaction dermographique de la peau de la poitrine et du dos apparaissant après pression faible, modérée et forte, exercée avec la pulpe de l'index. Voici ses données : après une pression faible, il a observé dans 56 o/o des cas un dermographisme blanc, dans 22 o/o un dermographisme rouge, dans 17,4 o/o un dermographisme mixte (apparition d'une raie rouge, puis d'une raie blanche) et dans 4,6 o/o l'absence de dermographisme. Après une pression modérée, il a enregistré dans 68 o/o des cas un dermographisme rouge, dans 25 o/o un dermographisme mixte, dans 6 o/o un dermographisme blanc et dans 1 o/o l'absence de dermographisme. Après une pression forte, l'auteur a noté dans 90 o/o des cas un dermographisme rouge, dans 9 o/o, un dermographisme mixte et dans 1 o/o, un dermographisme blanc. Cela prouve qu'en variant l'intensité de la pression, on arrive chez les mêmes personnes à obtenir des résultats diamétralement opposés. Le dermographisme apparaissant après une pression faible est le plus souvent blanc, tandis qu'il est le plus fréquemment rouge après une pression modérée ou forte.

Laquelle est donc la réaction dermographique la plus authentique ? La lecture du dermographisme après pression modérée ou intense présente beaucoup d'inconvénients. Le dermographisme rouge qui en résulte est difficile à lire puisque le dermographisme rouge normal ne se distingue du dermographisme rouge pathologique que par le degré de la rougeur, ce qui en rend la différenciation embarrassante. Le dermographisme survenant après pression faible reflète l'état des

capillaires cutanés, tandis que celui observé après pression modérée ou forte montre l'état des artères cutanées plus volumineuses. Et c'est justement la réaction capillaire qui est la plus importante au point de vue de l'appréciation fonctionnelle de la peau comme organe.

Le dermographisme capillaire rouge reste régulièrement rouge aussi bien après une pression modérée que forte, ne se relayant jamais par d'autres types de réaction vasculaire, tandis que les dermographismes blanc et mixte peuvent changer suivant l'intensité de la pression.

L'analyse du dermographisme capillaire dans les trois dermatoses les plus fréquemment observées par l'auteur, l'acné vulgaire, l'eczéma et le psoriasis vulgaire, montre que le dermographisme rouge se voit dans plus de 50 o/o des cas d'acné ; le dermographisme mixte s'observe au cours de cette affection dans 20 o/o des cas. Dans l'eczéma aigu et suintant, l'auteur a observé presque toujours un dermographisme rouge. Dans le psoriasis, le dermographisme est presque toujours blanc.

L'auteur a aussi enregistré parfois une discordance des réactions dermographiques selon les régions. Ainsi, le dermographisme mixte du dos était accompagné de dermographisme rouge de la poitrine ; le dermographisme blanc du dos était accompagné de dermographisme mixte de la poitrine. La prédominance du dermographisme rouge à la poitrine s'explique par les traumatismes fréquents et variés de cette région.

Dans le but d'étudier les relations entre les réactions dermographiques et l'état général de la peau, l'auteur a pratiqué des injections intracutanées de 0,20 cc. de solution physiologique se résorbant en 60-80 minutes chez un individu sain. Il a constaté que dans les cas de troubles d'absorption de la solution physiologique (accélération ou ralentissement), la réaction dermographique anormale, atypique, s'observe trois fois plus souvent, mais il n'est pas arrivé à établir l'existence d'une liaison régulière entre un mode de dermographisme et l'accélération ou le ralentissement de l'absorption du liquide.

Il faut admettre, selon l'auteur, que la réaction dermographique se trouve en rapport étroit avec l'état physico-chimique de la peau et dépend d'un même mécanisme d'apparition. Le type du dermographisme reflète le degré de ce trouble de l'équilibre physico-chimique. Dans quelques dermatoses, ce trouble est décelé par le dermographisme capillaire apparaissant à la pression légère, dans d'autres, il ne se montre qu'après une pression plus prononcée. En somme, la recherche du dermographisme n'est pas entrée dans la pratique ni dans l'étude de la symptomatologie des dermopathies à cause du manque de méthodes unifiées pour la recherche de la réaction vasculaire importante de la peau. Le dermographisme rouge montre des troubles fonctionnels plus profonds que le dermographisme mixte. Le dermographisme blanc ne prouve pas encore l'état normal et doit être comparé à des réactions obtenues après une pression modérée. BERMANN.

Sur les altérations professionnelles de la peau chez les ouvriers briquetiers, par D. A. Elkine. *Sovietskaïa Dermatologia*, n° 1, 1935, pp. 20-36.

Tout d'abord, l'auteur décrit les procédés de fabrication des briques, cette description se distinguant par ses détails. Ensuite, il rapporte les affections cutanées professionnelles qu'il a observées et étudiées chez 286 ouvriers, dont 232 hommes et 54 femmes.

Chez les ouvriers extrayant et transportant l'argile, on observe des processus pyodermiques, des petits traumatismes, des fissures, des durillons et de l'hyperkératose des extrémités supérieures. Chez les ouvriers pétrissant l'argile et en enlevant les parties mécaniques solides, on constate une lichénification de la peau des mains et des doigts, des durillons, des cors, des rhagades, des petites excoriations, des folliculites, une kératose et des arthrites. Chez les ouvriers mouleurs de briques, on trouve une lichénification et une hyperkératose des mains et des doigts, des altérations des ongles, des pyodermites, de l'acrocyanose, des tendo-synovites des muscles des jambes et des avant-bras, des arthrites chroniques, un laquage de la peau des orteils. Chez les travailleurs occupés à faire sécher et à finir les briques, on voit aussi une lichénification des mains et des doigts, des fissures, des modifications des ongles, des pyodermites, des panaris, des abcès, des phlegmons résultant de petits traumatismes. Chez les ouvrviers employés au transport des briques, on constate, à part la lichénification des mains et des doigts, des petits traumatismes, des pyodermites, des corps étrangers des tissus mous des mains, des abcès, des fissures, des durillons, des tendo-synovites, de l'hyperkératose, un vernissage de la peau des doigts. Les ouvriers occcupés à la cuisson des briques présentent une hyperkératose des paumes des mains avec des rhagades profondes, des altérations des ongles, une hyperkératose de la peau de la face et du cou, des pyodermites, des abcès, des panaris, des tendo-synovites, un abaissement de la vue.

Les fissures de la peau composent 38 o/o des dermatoses professionnelles, la lichénification et la kératose 27 o/o, les pyodermies 16 o/o, les traumatismes font 78 o/o, les tendo-synovites et les distorsions 24 o/o.

L'auteur recommande l'usage des vêtements protecteurs, l'hygiène rigoureuse des ouvriers, le graissage de la peau et l'emploi de verres noirs protégeant la vue ; la fabrication doit être rendue mécanique autant que possible. Bermann.

Les dermopathies professionnelles chez les ouvriers des ateliers de nettoyage et de tréfilerie de fer, par A. J. Brauk. *Sovietskaïa Dermatologia*, n° 1, 1935, pp. 37-43.

Tout d'abord, l'auteur décrit succinctement les étapes de la fabrication du fil de fer. Le fil de fer de gros calibre est débarrassé des scories et rendu lisse par un mordançage à l'acide sulfurique, un lavage à l'eau et un traitement à la chaux éteinte qui neutralise les restes d'acide

sulfurique. Après ce nettoyage, le fil de fer est soumis au tirage qui lui donne des calibres de plus en plus fins.

Les ouvriers de l'atelier de nettoyage présentent des brûlures des mains par l'acide sulfurique concentré, laissant parfois des cicatrices, puis des ulcérations du type pigeonneau siégeant au dos des mains. Le plus souvent, on observe des lésions provoquées par l'acide sulfurique dilué et consistant en coloration érythémato-cyanotique du dos des mains et du tiers inférieur des avant-bras. Le dos des doigts est brun foncé, allant jusqu'à la teinte noire. La peau est sèche, rugueuse, fissurée, parfois desquamante et non élastique. Les ongles sont ramollis, leurs bords inégaux, dentelés. Les paumes des mains sont brunes, la peau y est hyperkératosique, sans élasticité. Le dos des pieds est couvert de rhagades, les téguments y sont épaissis et jaunes, car l'acide sulfurique s'y dépose aussi, lors du nettoyage des réservoirs à acide.

Les ouvriers de l'atelier de tirage présentent une coloration foncée de la peau des paumes des mains et du dos des doigts, provoquée par le contact avec le fil de fer chargé des poussières calcaires. Un grand nombre de tireurs de fil de fer montrent, à la surface palmaire des mains, des petits grains brillants de métal déposés sur la peau et causant des brûlures, des égratignures et des ulcérations de forme linéaire. On trouve aussi des coupures et des fissures linéaires plus ou moins nombreuses, le plus souvent superficielles, mais parfois aussi profondes et infectées secondairement. Le bord des ongles est inégal, usé. L'ongle même est aplati, enfoncé dans sa loge, brillant, ce qui s'explique par la compression de l'ongle et son irritation chimique et thermique par le fil de fer chauffé. Les mains et les autres parties découvertes présentent aussi des cicatrices de brûlures et des ulcérations.

Les ouvriers des deux ateliers montrent une friabilité prononcée des gencives et un enduit fuligineux des dents, un goût acide et amer dans la bouche, une salivation exagérée, des conjonctivites avec larmoiement, des hyperémies de la muqueuse nasale avec épistaxis.

Afin de remédier aux dermatoses professionnelles constatées, l'auteur propose de munir les ouvriers de vêtements spéciaux, imperméables, à changer dès qu'ils deviennent usés, perméables ou déchirés. Le fil de fer devrait aussi être lavé et débarrassé des poussières calcaires avant d'arriver à l'atelier de tirage. Les ateliers doivent avoir de l'eau chaude et du savon pour le lavage des mains et de l'eau bouillie pour boire et rincer la bouche des ouvriers. Les dents doivent être régulièrement examinées et surveillées. Les ateliers doivent être mieux ventilés et plus souvent nettoyés. BERMANN.

Les affections cutanées professionnelles observées dans l'exploitation rurale soviétique et leur prévention, par N. A. IVANOFF. *Sovietskaïa Dermatologia*, n° 1, 1935, pp. 44-46.

L'auteur a examiné 15 chauffeurs et 100 conducteurs de tracteurs et mécaniciens travaillant à une importante exploitation rurale occupant

plus de 12.000 hectares. Parmi ces 115 ouvriers, il y avait 90 o/o d'hommes et 10 o/o de femmes ; pour 90 o/o, l'âge était de 18 à 30 ans et chez 10 o/o, de 31 à 40 ans. Chez 80 o/o, le stage de travail était d'un an, chez 12 o/o, de 2 ans et chez 8 o/o de plus de 2 ans.

Des affections professionnelles de la peau ont été constatées chez 15 travailleurs âgés de 18 à 20 ans, dont 11 travaillaient depuis environ une année. Parmi ces 15 sujets, dont 13 hommes et 2 femmes, on trouve 3 chauffeurs, 7 conducteurs de tracteurs et 2 mécaniciens.

La dermatose professionnelle observée consistait en éléments surélevés, denses, indolores, du type folliculaire, portant à leur sommet un bouchon purulent ou corné. Le volume des éléments folliculaires variait d'un grain de millet à une lentille. Leur siège était habituellement à la face d'extension des avant-bras, mais on les voyait parfois aussi à la face externe des bras et des jambes. Les anciens éléments sont plus sombres, les jeunes éléments sont plus clairs et entourés d'une bordure inflammatoire. Parmi ces lésions, on voit aussi de petites cicatrices superficielles et atrophiques. Ces lésions observées sont en rapport avec l'action chimique et mécanique des produits du naphte qui, à la longue, dessèchent, affaiblissent la peau et contribuent à la pénétration d'une flore abondante et variée. La localisation s'explique par le traumatisme fréquent de ces régions et la présence des follicules pileux. La dermatose décrite régresse et disparaît souvent pendant les périodes de repos.

La prophylaxie consisterait en lavages abondants et fréquents à l'eau chaude et au savon. En outre, les ouvriers devraient être munis de vêtements imperméables et fréquemment changés ; le port d'habits imprégnés de produits provenant du pétrole favorise l'irritation de la peau et la formation des folliculites, surtout chez les ouvriers jeunes et peu expérimentés. BERMANN.

Les affections de la peau dues aux huiles lubrifiantes chez les ouvriers de la section des appareils automatiques de l'atelier de rivage des boulons, par N. N. TCHOUMAKOFF. *Sovietskaïa Dermatologia*, nº 1, 1935, pp. 47-58.

Les auteurs ont examiné 84 ouvriers (44 hommes et 40 femmes) âgés de 17 à 23 ans dans la plupart des cas et travaillant durant quelques mois à fabriquer des petites pièces métalliques, telles que boulons, vis, écrous, dents, broquettes, etc., servant à l'industrie automobile. Ces pièces sont fabriquées à l'aide d'appareils automatiques étrangers lubrifiés par des huiles variées.

Après avoir décrit les manipulations des travailleurs, les auteurs rapportent les lésions professionnelles observées presque chez tous et localisées à l'appareil pilo-sébacé. Ce sont des comédons, sous forme de points noirs ou brun foncé, des folliculites sèches rappelant l'acné papuleux, qui peuvent résulter de la transformation progressive des comédons ; ces deux variétés peuvent coexister sur le même malade.

Les folliculites peuvent également être purulentes, lorsque les folliculites sèches se compliquent de pustules. Les lésions peuvent évoluer vers des pyodermites superficielles, impétigo, furoncles, etc., par infections secondaires des égratignures, coupures et autres solutions de continuité des téguments cutanés causées par des particules métalliques.

Les lésions professionnelles siègent habituellement aux mains et aux avant-bras et s'expliquent par la pénétration et l'occlusion des follicules pilo-sébacés par les huiles employées qui, projetées avec force, s'infiltrent dans la peau. Les huiles employées sont primitivement stériles, mais au bout de quelque temps, elles donnent des cultures de staphylo- et de streptocoques.

La biopsie des éléments pustuleux montre des phénomènes inflammatoires aigus dans le follicule même et dans le tissu péri-folliculaire, intéressant toute l'épaisseur de la peau.

A titre prophylactique, les auteurs proposent de soigner les moindres traumatismes cutanés, d'observer une hygiène individuelle rigoureuse, de se servir de vêtements imperméables, de les changer souvent et de n'employer que des huiles de graissage pures et stériles.

BERMANN.

NÉCROLOGIE

Ernest DELBANCO

1869-1935

Un dermatologiste d'un réel mérite vient de disparaître dans des circonstances tragiques.

Né à Hambourg en 1869, Delbanco, après avoir été l'élève de Minkowski, de B. Nocht et de E. Neumann, était devenu depuis 1896 un des assistants et des collaborateurs préférés de P. G. Unna. En 1921, il a été nommé professeur agrégé de l'Université de sa ville natale. La plupart de ses publications ont paru dans la *Dermatologische Wochenschrift,* revue à la direction de laquelle il a été associé depuis 1912.

Ayant commencé par être surtout bactériologiste et anatomo-pathologiste, ses travaux ont d'abord porté sur l'érysipéloïde, sur le pied de Madura, et sur les bacilles de la lèpre et de la tuberculose. Bientôt il s'est passionnément occupé de la question du cancer. Il a décrit avec Grisson (1910) une précancérose des organes génitaux externes, puis personnellement le kraurosis balano-préputial, affections auxquelles son nom reste à juste titre attaché.

Dans la suite, l'esprit de Delbanco s'est tourné vers les problèmes de la biologie moderne. Il a eu le mérite d'attirer vivement l'attention sur le rôle important joué en pathologie par les « foyers septiques » ; il s'est occupé aussi des glandes endocrines, de la balnéothérapie et de diverses médications externes. A un moment donné, il a consacré des efforts soutenus et écrit de nombreux articles relatifs à la lutte contre les grands fléaux que sont la syphilis, la lèpre et la tuberculose.

Delbanco a été à la fois un médecin savant et complet, un dermatologiste de valeur, un travailleur acharné et un homme excellent. Il a succombé le 31 mars 1935, n'ayant pas pu supporter de se voir réduit à l'inactivité. Il laisse des regrets profonds et unanimes à ceux qui sont au courant de son œuvre, et plus encore à ceux qui l'ont connu lui-même. Nos *Annales* se devaient d'accorder un souvenir à sa mémoire.

J. Darier.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD

TRAVAUX ORIGINAUX

LES ÉPITHÉLIOMAS PIGMENTÉS DE LA PEAU

Par A. TOURAINE
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Tout cancer mélanique primitif de la peau n'est pas obligatoirement un nævo-épithéliome. Quoique rares, des mélanosarcomes (ou mélanomes malins mésenchymateux de Darier) peuvent se développer sur les nævi bleus ou au niveau d'une tache mongolique.

Plus fréquents que ces derniers, mais encore peu connus, sont les épithéliomas cutanés qui, par hyperpigmentation, ont pris en totalité ou partie une coloration brune ou noire, sans être pour cela des nævo-épithéliomes.

Il s'agit habituellement d'épithéliomas du type baso-cellulaire banal. Mais toutes les variétés anatomiques de cancer sont susceptibles de subir la même surcharge pigmentaire.

Le fait est d'une certaine importance pratique. Méconnu, il expose à porter le diagnostic de cancer mélanique, avec toute la rigueur de son pronostic, alors qu'il en va tout autrement dans ces cas d'épithéliomas pigmentés. Ceux-ci se caractérisent, en effet, par une bénignité relative, une lente évolution qui se chiffre par années, l'absence d'adénopathies et de métastases ; leur traitement peut donc être moins impérieusement hâtif et radical.

*
* *

Les épithéliomas pigmentés primitifs de la peau sont assez rares, au moins cliniquement. Sur 836 cas de cancers baso-cellulaires examinés par Owen, à la clinique Mayo, de 1915 à 1927, 7 seulement étaient pigmentés.

Certes, nombre de cancers cutanés renferment du pigment, à l'examen histologique. Becker en a trouvé dans le tiers des baso-

cellulaires, dans un septième des formes intermédiaires, dans 9 o/o des types mixtes de Krompecher et dans 7 o/o des spino-cellulaires. Mais ce pigment est en quantité trop minime pour modifier la couleur de la tumeur. Celle-ci ne vire au brun ou au noir que si le pigment est anormalement abondant.

Cette éventualité paraît peu fréquente. Je n'en ai trouvé que 55 exemples, dont 42 dans la littérature médicale et 13 parmi les moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis. Sans doute beaucoup de cas n'ont pas retenu l'attention ou ont été passés sous silence ; je le croirais d'autant mieux que, averti de leur existence, j'en ai vu trois exemples en trois mois.

Ces épithéliomas pigmentés n'ont encore fait l'objet d'aucun travail d'ensemble, en France, malgré que les premières observations en aient été publiées dans notre pays et que les premières études anatomo-pathologiques en aient été écrites par Masson, en 1925, et par Caudière, en 1926. Nos ouvrages classiques sont à peu près muets à leur sujet. Cependant les travaux de S. W. Becker, d'Eller et Anderson, aux Etats-Unis, ceux de Bezecny, en langue allemande, ont attiré l'attention sur ces faits, à plusieurs reprises, de 1932 à 1934.

Il y a donc lieu de combler cette lacune, à la lumière des documents récents. Il y a, dès aujourd'hui, matière à un nouveau paragraphe dans le chapitre des tumeurs cutanées.

Je n'envisagerai, dans cette étude, que les épithéliomas pigmentés *primitifs* de la peau. Quelques observations de Masson, de Caudière, de Bézecny montrent qu'une pigmentation analogue peut se produire dans les noyaux de propagation, à la peau, d'un cancer plus profond, comme celui du sein. Cette pigmentation est d'ailleurs identique, cliniquement et histologiquement, à celle des épithéliomas primitifs ; elle pose les mêmes problèmes de pigmentogenèse.

Historique

Les rares ouvrages classiques qui mentionnent l'existence des épithéliomas pigmentés signalent les travaux de Caudière (1926) et de Bruno Bloch (1927) comme les premiers en date sur cette question.

En réalité, l'existence de ces cancers avait déjà été remarquée, longtemps auparavant, en particulier en France et par les médecins de Saint-Louis. J'ai trouvé, au musée de cet hôpital, plusieurs moulages où la pigmentation d'un cancer cutané est bien reproduite.

Le plus ancien figure dans la collection Péan (vitrine 158, n° 84). Il est daté de 1875 et montre un épithélioma pavimenteux de la commissure labiale, chez un homme de 66 ans, fumeur. On y voit une coloration brune, très nette, du rebord inférieur saillant de la tumeur.

Un moulage de Lailler (vitrine 4, n° 545), en 1878, est celui d'un « épithélioma baso-cellulaire probable de la face », chez une femme de 34 ans, du type plan cicatriciel, non ulcéré, sur le bord inférieur de l'orbite. La surface de la région plane est uniformément gris brunâtre ; un nodule noir existe dans le bourrelet supérieur. Lailler fait « remarquer la teinte ardoisée qui n'indique pas nécessairement l'origine nævique de cet épithélioma ».

La même pigmentation se retrouve dans plusieurs moulages postérieurs de :

— Quinquaud (vitr. 5, n° 1007), en 1884 (épithélioma à cellules cylindriques du thorax et du bras, chez une femme de 62 ans),

— Fournier (vitr. 4, n° 1691), en 1893 (maladie de Paget de la région interfessière, chez un homme de 73 ans, avec un examen histologique de Darier et Couillaud),

— Du Castel (vitr. 6, n° 2269), en 1903 (épithélioma spinocellulaire, peut-être sur maladie de Bowen de la malléole, avec examen histologique de Gastou et Lombardo),

— Milian (vitr. 5, n° 2302), en 1903 (épithélioma plan cicatriciel, pagetoïde, baso-cellulaire, chez une femme de 70 ans),

— Danlos (vitr. 6, n° 2370), en 1904 (épithélioma baso-cellulaire probable de la région rétro-auriculaire chez un homme de 62 ans),

— De Beurmann (vitr. 6, n° 2616), en 1909 (épithélioma baso-cellulaire probable de la tempe, chez un homme de 31 ans),

— Darier et Rubens-Duval (vitr. 4, n° 2649), en 1909 (épithélioma calcifié de Malherbe, à la face externe du bras droit),

— Danlos (vitr. 6, n° 2654), en 1909 (épithélioma baso-cellulaire probable de la tempe, chez un homme de 56 ans),

— Morestin (vitr. 5, n° 2812), en 1918 (épithélioma de la joue droite, chez un homme de 62 ans).

Le moulage de Darier (vitr. 5, n° 2862), en 1919, est particulièrement intéressant. Il représente un « épithélioma baso-cellulaire du nez avec pigmentation mélanique ayant ainsi l'aspect de l'épithéliome nævique », chez un homme de 64 ans. Il réunit les caractéristiques de ces épithéliomas pigmentés dont la première description ne devait entrer dans la littérature que six ans plus tard.

En 1925 paraît, en effet, le mémoire de P. Masson sur « la pigmentation des cancers mammaires envahissant l'épiderme ». Ce travail n'envisage que des tumeurs venues de la profondeur et secondairement cutanées ; mais il étudie de près le processus histologique de la pigmentation. Ce processus est confirmé, en 1926, par Caudière, aussi bien pour les cancers du sein ayant atteint la peau que pour les épithéliomas cutanés primitifs. De ceux-ci, deux spino- et un baso-cellulaire servent de base à ce travail. D'après cet auteur, il s'agit « d'épithéliomas malpighiens à cellules pigmentaires symbiotiques » ; « ce ne sont pas des tumeurs pigmentaires mais des tumeurs pigmentées » par migration de cellules chromatophores, non cancéreuses.

En 1927, Bruno Bloch joint trois observations personnelles de cancer baso-cellulaire pigmenté à celles de Caudière pour décrire le « mélano-épithéliome bénin, non nævoïde, de la peau ». A ce nouveau type seront incorporées, plus tard, les observations antérieures de Kreibich, en 1901, et de Pollitzer, en 1905, d'épithélioma sur *Xeroderma pigmentosum* précoce ou tardif.

Par la suite, paraissent les observations de Chambers et Stokes (1927), Pardo Castello, Schröpl (1928), Pautrier et Diss, Nicolas, Massia et Rousset, Milian, Nomland, Gross, Montgomery (1929), Louste (moulage de Saint-Louis), Stratton, Becker, Ewing (1930), Shaw, Blumenthal, Oppenheim (1931), Halkin, Ferrer, Nomland, Milian, Périn et Aubert (1932), Rousset et Lévy, Eller et Anderson, Gaté et Michel (1933), Sézary et Cormelié, Bézecny (1934), Touraine et Renault, Peyri (1935), etc.

Certaines de ces observations sont utilisées dans les études d'ensemble de Becker en 1930 et 1934, de Bézecny en 1931 et 1934, d'Eller et Anderson en 1933.

Conditions étiologiques

Le *sexe* du sujet est signalé dans 51 observarions. On y compte 31 hommes et 20 femmes.

L'*âge* est indiqué pour 49 malades : 6 cas de 31 à 40 ans, 9 de 41 à 50 ans, 18 de 51 à 60 ans, 10 de 61 à 70 ans, 5 de 71 à 80 ans, 1 après 80 ans. C'est de 56 à 60 ans que les cancers pigmentés ont été les plus fréquents.

Cette répartition, suivant l'âge, est la même pour chacun des deux sexes et suivant les types histologiques des épithéliomas.

Les *maladies générales* antérieures ne paraissent exercer aucune action particulière. Elles n'ont du moins pas retenu l'attention des auteurs. La syphilis n'a été recherchée que chez dix malades. Elle était certaine chez ceux de Pollitzer et de Bézecny, probable et héréditaire chez celui de Milian, Périn et Aubert, acquise chez celui de Du Castel. Les réactions sérologiques étaient négatives chez les autres.

Une *affection locale* antérieure est plus souvent signalée. 40 observations donnent, à ce point de vue, des détails cliniques.

Le cancer s'est développé sur une ancienne formation papillomateuse, rappelant une verrue, dans les cas de Castello, Montgomery, Becker, Oppenheim, Peyri (5 cas), sur un nævus tubéreux dans ceux de Gaté et Michel, Touraine et Renault (2 cas). Il s'agissait d'un nævus pigmentaire dans ceux de Shaw, Halkin, Rousset et Lévy, Bézecny (7 cas). Le cancer siégeait au milieu de nombreux nævi dans ceux de Milian, Périn et Aubert, Nomland (2 cas), parmi des éléments de kératose sénile dans ceux de Ferrer, Nomland (2 cas).

Plus rarement la tumeur s'est formée sur un lichen (Du Castel), un psoriasis (Blumenthal), un lupus (Br. Bloch), un élément papuleux de *Xeroderma pigmentosum* (Pollitzer, 2 cas de Kreibich). Chez le malade de Stratton, la lésion antérieure fut de diagnostic discuté : érythème induré de Bazin pour Stratton, tuberculose pour Taussig, lichen pour Maynard, Templeton, Way.

On notera que sur ces 25 cas, une vingtaine concernait des états pré-cancéreux par eux-mêmes plus ou moins pigmentés.

Dans 15 autres observations, il n'est fait mention d'aucune affec-

tion cutanée locale antérieure. Sans doute la tumeur est-elle parfois apparue, réellement, en peau normale ; sans doute aussi, dans d'autres cas, un nævus minime a-t-il pu passer inaperçu, omis par le malade ou par l'observateur.

Données cliniques

1° *Siège.* — Le siège des épithéliomas pigmentés est indifférent. On en a vu en tous points du corps.

Sur 53 cas, il a affecté 29 fois l'extrémité céphalique (cuir chevelu 2, front 4, région péri-oculaire 3, tempe 7, nez 3, joue 6, commissure labiale 1, oreille 1, menton 2).

On relève 2 cas sur le cou et la nuque et 11 sur le tronc (face antérieure du thorax 3, sein 1, abdomen 1, épaule 1, dos 2, lombes 1, sillon interfessier 1, région génitale 1).

Le membre supérieur a été atteint trois fois et le membre inférieur cinq.

Dans trois cas, enfin, plusieurs tumeurs s'étaient développées simultanément en divers points du corps (Pollitzer : nombreux nodules et taches disséminés, Ewing : saillies multiples sur le tronc, Peyri : cuir chevelu et dos).

Les épithéliomas pigmentés ne montrent donc qu'une prédilection modérée pour la face ; on ne les y a vus que dans 56 o/o des cas alors que la tête réunit les 9/10e des cancers de la peau dans les statistiques les plus connues et notamment dans celle de Lacassagne.

Ils affectent assez volontiers les régions normalement hyperpigmentées : cou, aisselles, seins, lombes, aines, région génitale, etc.

Aucun cas n'a été signalé sur une muqueuse, même en état de surpigmentation.

2° *Variétés d'épithéliomas atteints par la pigmentation.* — Tous les types cliniques d'épithéliomas cutanés peuvent devenir hyperpigmentés.

— Les *variétés planes* ou peu saillantes y paraissent volontiers exposées (22 cas sur 55 observations de cancers pigmentés de la peau).

Parfois, il s'agit d'un *épithélioma plan cicatriciel*, à bords perlés

ou en bourrelet, peu ou non ulcéré dans les cas de Milian, de De Beurmann, de Danlos, à ulcération centrale déjà avancée dans ceux de Du Castel, de Nomland.

Ailleurs, c'est un *épithélioma pagetoïde*, érythémateux (Milian; Louste; Nicolas, Massia et Rousset; Rousset et Lévy) ou bowenoïde (Blumenthal) ou même une authentique maladie de Paget (Darier et Couillaud), une érythroplasie (Milian).

Les cas de Chambers, Montgomery, Stratton, Shaw, Ferrer, Halkin se présentaient sous la forme de *taches pigmentées*, légèrement saillantes, souvent couvertes de squames. Ceux de Kreibich et de Pollitzer intéressaient des éléments de *Xeroderma pigmentosum*, les uns plans, les autres saillants.

Sur des taches analogues s'étaient formés de petits nodules dans les cas de Br. Bloch, d'Eller et Anderson.

— Les *variétés saillantes*, peu ou pas ulcérées, se pigmentent assez fréquemment (22 cas sur 55 cancers pigmentés).

Tantôt on décrit des *nodules* arrondis (15 cas), isolés ou agminés en petit nombre, dont le volume varie d'un grain de mil à une noix (Quinquaud, Caudière, Br. Bloch, Pautrier et Diss, Ewing, Halkin, Eller et Anderson, etc.). Les comparaisons souvent employées sont celles d'un pois (Caudière), d'une noisette (Milian, Périn et Aubert, Gaté et Michel, Touraine et Renault).

Tantôt ce sont des *tumeurs papillomateuses*, d'aspect verruqueux, en général petites (7 cas de Castello, Gross, Becker, Oppenheim, Halkin, Nomland, Peyri).

— Les *cancers ulcérés* sont moins souvent pigmentés (9 cas sur 55). La coloration n'existe qu'à la périphérie de la plaie.

Parfois c'est un *ulcus rodens* (3 cas de Schröpl, Bézecny). Parfois c'est un *cancer ulcéro-végétant* (6 cas de Péan, Lailler, Danlos, Morestin, Darier, Touraine et Renault).

3° *Pigmentation.* — Elle offre quelques caractères qui permettent de différencier ces épithéliomas pigmentés des tumeurs mélaniques vraies.

a) *Répartition du pigment.* — La pigmentation n'apparaît que là où les bourgeons cancéreux, venus de la profondeur, arrivent au voisinage immédiat ou au contact de l'épiderme, mais sans le

détruire. La surface de la peau doit rester indemne pour qu'elle se produise ; elle n'existe donc pas au niveau des ulcérations.

La surcoloration n'est presque jamais homogène. Elle présente des zones de répartition et d'intensité très inégales.

— Dans les *épithéliomas non ulcérés et plans,* le pigment forme des points ou de petites taches, aussi bien au centre qu'à la périphérie de la lésion. Il n'y a, presque toujours, aucune systématisation dans la disposition des points ou taches de la zone centrale ; ils y sont jetés comme au hasard, tantôt en quelques points minuscules et discrets, tantôt en pointillé plus ou moins serré, tantôt en une ou plusieurs taches irrégulières. Sur un moulage d'épithélioma pagetoïde, dû à Milian, les grains noirs se disposent en un ovale presque continu, à quelque distance de la périphérie ; la zone centrale reste non pigmentée (fig. 1). Parfois, la limite extérieure de l'épithélioma, vers la peau saine, est marquée par un liseré brun



Fig. 1. — Epithélioma pagetoïde de la région lombaire (Moulage du Dr Milian).

Lésions datant d'un an chez une femme de 70 ans. Sur celle de gauche, la pigmentation recouvre l'aire centrale et forme une tache brune, arrondie. A droite, les grains de pigmentation se disposent en un ovale assez régulier vers la périphérie. Histologie : épithélioma baso-cellulaire.

discontinu. Une telle pigmentation est surtout le fait des épithéliomas superficiels, pagetoïdes, érythémateux.

Dans d'autres cas, la pigmentation est relativement homogène. Elle forme une tache ou nappe brune, en peau cliniquement normale ; en un secteur limité de cette tache se voient une ou plusieurs productions cancéreuses (Milian, etc.).

— Les *épithéliomas non ulcérés, en relief*, se pigmentent de



Fig. 2. — Epithélioma baso-cellulaire bourgeonnant du nez chez un homme de 64 ans (Moulage du Dr Darier).
Remarquer à la limite de la tumeur, dans sa zone d'extension, une forte pigmentation en taches ou nodosités qui réalise une sertissure presque complète.

diverses manières. Si les *tumeurs* sont *petites*, arrondies, en grains de mil, en nodules du volume d'un noyau de cerise, d'une noisette, si l'épiderme qui les recouvre est intact, il peut arriver que toute la masse soit entièrement pigmentée, d'une coloration brune ou noire (Br. Bloch, Touraine et Renault, etc.). Parfois, alors, certaines élevures seront très foncées, alors que des voisines ne le seront que modérément et que d'autres conserveront leur couleur normale. Le

fait s'observe aussi bien pour les cancers formés uniquement par de petites tumeurs arrondies ou verruqueuses, en peau saine, que dans ceux où les nodules reposent sur une nappe d'infiltration cancéreuse.

Les *tumeurs plus volumineuses* sont très rarement pigmentées dans toute leur masse. Quelquefois, de petites taches foncées se disséminent sans ordre à la surface de l'épithélioma. Le plus souvent, la pigmentation ne se fait qu'à la périphérie du cancer, dans sa zone d'extension, soit en surface plane, soit plus habituellement là où la propagation du cancer se traduit par un relief en bourrelet ou en nodosités (fig. 2).

Il peut arriver que l'aire hyperpigmentée réalise une sertissure presque complète autour de la masse centrale (Quinquaud, Danlos, Darier, etc.). Celle-ci est alors encerclée par une auréole brune ou noire, plus ou moins continue.

Dans la majorité des cas, le pigment n'infiltre qu'un ou quelques secteurs limités de la zone d'extension, en taches ou nodosités foncées, de toutes formes et dimensions, à la limite extrême de la masse néoplasique. C'est à ce type que se conforment la plupart des épithéliomas pigmentés.

— Dans les *cancers ulcérés*, la surcoloration est beaucoup plus rare. Elle n'affecte presque jamais le tissu cancéreux mis à nu, soit dans l'ulcération, soit sur les végétations. Elle ne se voit qu'à la périphérie de la lésion, là où l'épiderme est encore intact. Cependant, à titre d'exception, dans un *ulcus rodens* de Bézecny, une partie du fond de la plaie était légèrement brune.

La pigmentation forme rarement un cercle plus ou moins complet ; elle se résume en une ou plusieurs taches ou nodosités brunes qui marquent l'extension de la tumeur sous un épiderme encore intact (fig. 3).

— En règle générale, par conséquent, la pigmentation est irrégulière, en semis, taches ou élevures, surtout à la périphérie du cancer, dans sa zone d'extension.

b) *Intensité de la pigmentation.* — La surcoloration est très variable. Parfois, elle se réduit à une teinte grisâtre, à un aspect sale de la peau. Plus souvent elle évolue dans la gamme des bruns, du clair au noirâtre. Dans quelques cas, cette couleur vire au bleu-noir, au noir intense.

Elle est donc, en général, moins accusée que celle des tumeurs mélaniques authentiques, des nævo-épithéliomes ou sarcomes. L'irrégularité dans la distribution et l'intensité de l'hyperpigmentation constitue aussi un bon élément de diagnostic avec les cancers mélaniques vrais.

c) *Evolution de la pigmentation.* — Elle est difficile à préciser. La plupart des observations sont très brèves sur la façon dont s'est

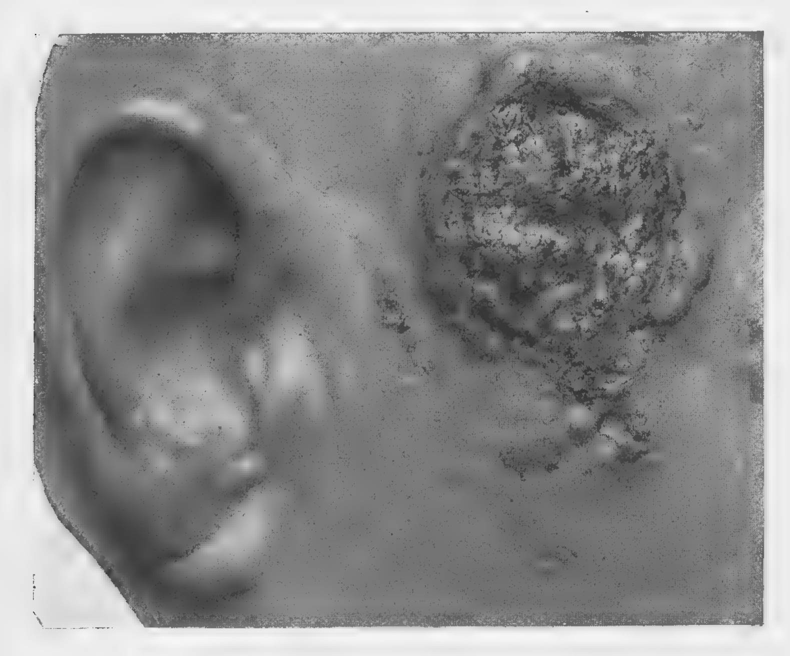


Fig. 3. — Epithélioma baso-cellulaire de la région temporale chez un homme de 56 ans (Moulage du Dr Danlos).
La pigmentation, assez modérée, donne au bourrelet qui entoure l'ulcération une teinte grisâtre, irrégulière, surtout visible en arrière, près de l'oreille.

formé et étendu le pigment. Aucune n'a été de durée assez longue pour suivre son évolution.

La formation des taches pigmentées paraît presque toujours fort lente. Parfois, c'est de tout temps que le malade a remarqué l'existence d'un nævus pigmentaire au niveau duquel s'est insidieusement développé l'épithélioma. Ailleurs, la surcoloration s'est produite, secondairement, sur une formation cancéreuse superfi-

cielle ou en relief. De petites taches foncées sont apparues, s'étendant lentement et prenant progressivement surface et coloration. Plusieurs mois ou années ont été nécessaires pour arriver à l'état actuel.

Un élément hyperpigmenté peut-il disparaître spontanément et reprendre une teinte normale ? Aucune observation ne permet de l'affirmer. Par contre, il semble que la pigmentation s'efface quand l'épiderme cesse d'être intact et s'ulcère, détruit par les bourgeons cancéreux.

Dans un cas de Shaw, elle disparut momentanément, sous l'action du radium, mais pour reparaître plus tard à la périphérie.

4° *Evolution des cancers pigmentés.* — Elle est presque toujours très lente et se chiffre par années.

L'ancienneté de la lésion a été notée dans 22 cas ; mais il convient de signaler qu'il s'agissait, dans tous, d'épithéliomas baso-cellulaires.

Pour 6 malades, l'attention du médecin a été précocement attirée ; le cancer ne comptait que 1 à 2 ans (3 mois dans un cas d'Oppenheim).

Le plus souvent, la tumeur pigmentée était beaucoup plus ancienne. Dans 8 cas, elle datait de 4 à 10 ans, dans 2 autres de 12, dans 4 de 15 ans. Chez une femme de 52 ans, vue par Pollitzer, atteinte d'un épithélioma sur *Xeroderma pigmentosum*, les premières taches remontaient à l'âge de 26 ans.

Les cancers pigmentés ont donc, habituellement, l'évolution lente et relativement bénigne des épithéliomas baso-cellulaires.

C'est dire qu'ils ne provoquent pas, normalement, d'adénopathies cancéreuses directes. Dans aucun cas il n'a été signalé de métastases viscérales, cutanées, ganglionnaires ni de généralisation.

Jamais il ne s'est fait de transformation en nævo-épithéliome, en tumeur mélanique vraie.

Anatomie pathologique

La pigmentation des épithéliomas a été étudiée par P. Masson, Caudière, Bruno Bloch, Pautrier et Diss, Becker, Bézecny, etc. Malgré quelques lacunes et divergences de détail ou d'interpréta-

tion, les descriptions de ces auteurs en permettent une description assez précise.

1° *La tumeur cancéreuse.* — Tous les types histologiques d'épithéliomas peuvent se charger de pigment et prendre, cliniquement, une coloration plus ou moins foncée.

Cependant ce sont les *épithéliomas baso-cellulaires* qui présentent, de beaucoup le plus souvent, cette surcharge. Sur 49 observations d'épithéliomas pigmentés dont la structure est mentionnée, 37 concernent des cancers de ce type (75,5 o/o).

Dans 7 autres cas (14,3 o/o), il s'agit d'épithéliomas mixtes, c'est-à-dire de baso-cellulaires qui montrent, en certains points, une tendance à l'enroulement des cellules ou à la formation de globes épidermiques plus ou moins nets, parakératosiques (Chambers, Br. Bloch, Pautrier et Diss, Nomland, Montgomery, Shaw, Halkin).

Dans 3 cas (2 de Caudière, 1 de Stratton) (6,1 o/o), l'épithélioma était de type spino-cellulaire.

A titre d'exception, on a pu voir le pigment surcharger un épithélioma dyskératosique : maladie cutanée de Paget (Darier et Couillaud), maladie de Bowen (Du Castel).

Le moulage dû à Quinquaud d'une volumineuse tumeur à auréole pigmentée, développée près de l'aisselle, au-dessus du sein, est indiqué comme étant celui d'un épithélioma à cellules cylindriques. Il n'est pas possible d'affirmer son origine mammaire, comme dans les cas de P. Masson, Caudière, Bézecny. Pour ceux-ci, il s'agissait, on se le rappelle, d'épithéliomas primitifs de la glande, propagés secondairement à la peau.

Quant à la structure même de ces cancers, elle ne présente aucune particularité. La surcharge pigmentaire ne paraît imprimer aucun caractère spécial à l'histologie de la tumeur. Aucune observation ne signale de singularité dans la forme, l'activité, la stroma-réaction des épithéliomas pigmentés par rapport aux autres.

2° *Etude du pigment.* — a) *Sa fréquence.* — Si les cancers macroscopiquement pigmentés sont assez peu communs en clinique, il n'est pas rare de trouver, au microscope et selon les techniques appropriées, du pigment dans les épithéliomas cutanés ou une surcharge pigmentaire dans l'épiderme qui les recouvre.

Becker a recherché le pigment dans les coupes de 128 cancers cutanés conservées aux laboratoires de Chicago ou dans le service de Pautrier, à Strasbourg. Il en a trouvé, à l'intérieur de la tumeur, dans les proportions suivantes :

	Nombre de cas	Avec pigment	Pourcentage
	—	—	—
Epi. baso-cellulaires.	60	20	33
Type intermédiaire vers le carcinome .	14	2	14
Type mixte	11	1	9
Epi. spino-cellulaires	43	3	7
Total des épithéliomas	128	26	20

Dans 5 cas seulement d'épithéliomas baso-cellulaires le diagnostic de cancer pigmenté avait pu être porté par la seule clinique.

P. Renault a examiné, histologiquement, 110 cancers cutanés, dans mon laboratoire. Il est arrivé aux chiffres suivants :

	Nombre de cas	Avec pigment	Pourcentage
	—	—	—
Epi. baso-cellulaires.	56	11	19,6
Epi. mixtes	15	4	26,6
Epi. spino-cellulaires	29	3	10,3
Total des épithéliomas	110	18	16,3

C'est dire que l'existence de pigment mélanique dans les tumeurs malignes cutanées est un phénomène assez fréquent.

Beaucoup plus rares sont les cas où la surcharge pigmentaire est assez intense pour se traduire cliniquement par une coloration de la tumeur : 7 cas sur 836 (0,8 o/o) d'après Owen, 5 cas sur 128 (3,9 o/o) d'après Becker, 3 cas sur 110 (2,7 o/o) d'après mes relevés personnels.

b) *Techniques de recherche.* — Le pigment qui imprègne ces épithéliomas cutanés est la mélanine. Pour la mettre en évidence, on doit donc pratiquer une *imprégnation argentique* des coupes et suivre de préférence, la méthode classique de P. Masson, au liquide de Fontana (1).

(1) *Méthode de Masson* : Fixation sans chrome ni cuivre. Déparaffiner, laver deux heures à l'eau distillée. Placer les coupes, 24 heures, à l'obscurité, dans un récipient bien bouché rempli de liquide de Fontana [solution de nitrate d'argent à 5 o/o dans l'eau distillée, dans laquelle on verse de l'ammoniaque jusqu'à redissolution du précipité d'oxyde d'argent, puis à laquelle

Cette méthode suffit pour mettre en évidence les grains renfermés dans les cellules *mélanophores* de l'épiderme et de la tumeur.

La *dopa-réaction* de Bruno Bloch, à la dioxy-phényl-alanine (1), est nécessaire pour distinguer, parmi les cellules pigmentées, celles qui sont seulement mélanophores, c'est-à-dire chargées de pigments et celles qui sont capables d'élaborer elles-mêmes ce pigment, en tant que *mélanoblastes*.

Par cette technique sont, seules, imprégnées en noir les granulations des mélanoblastes, c'est-à-dire des cellules qui peuvent produire du pigment et non pas seulement le véhiculer. Les mélanophores, les macrophages, les grains pigmentaires isolés ne sont pas teintés. La dopa-réaction complète donc la méthode de Masson.

c) *Les cellules pigmentaires.* — Dans la zone du cancer, elles sont de divers types. On en trouve dans l'épiderme, le derme, le stroma conjonctif et surtout dans la tumeur.

— Dans *l'épiderme*, la coloration dépend de l'augmentation plus ou moins marquée des cellules pigmentaires normales. Ce sont, en majorité, des cellules de la couche basale ; mais on y trouve, entre ces dernières et en proportion variée, des chromatoblastes dopa-positifs, du type des cellules dendritiques (2).

on ajoute, à nouveau, de la solution de nitrate d'argent jusqu'à opalescence persistante].

Laver à l'eau distillée. Virer, pendant 10 minutes, dans le virage de Cajal :

A.	Sulfocyanure d'ammoniaque à 2 o/o dans l'eau .	3 grammes
	Hyposulfite de soude	3 grammes
	Eau	100 centi.-cubes
B.	Solution de chlorure d'or à 1 o/o.	

Mélanger A et B, en parties égales, au moment de l'emploi.

Rincer à l'eau ; laver à l'hyposulfite de soude 1 minute. Laver 15 minutes à l'eau courante.

Faire une légère coloration de fond car, seuls, les grains de pigment sont colorés en noir.

(1) *Technique de la dopa-réaction* : Les coupes obtenues après congélation sont fixées au formol puis placées dans une solution à 1 o/oo de dioxy-phényl-alanine lévogyre dans l'eau plusieurs fois distillée, bien neutre. Le pH de cette solution doit être, de préférence, de 7,3-7,4. Y laisser les coupes 24 heures à la température de la chambre ou 3 à 12 heures à l'étuve à 37°. Lavage à l'eau distillée. Légère coloration de fond pour quelques-unes des lames. Alcool, xylol, baume du Canada.

(2) Kreibich, Caudière, Masson et d'autres auteurs emploient le terme de « cellule de Langerhans » comme synonyme de cellule dendritique. Br. Bloch s'élève contre cette analogie. Il rappelle que les cellules décrites par Lan-

— Dans le *derme*, entre les bourgeons cancéreux et l'épiderme sus-jacent, on voit parfois des cellules pigmentaires arrondies, dendritiques ou étoilées qui, par leurs réactions, se montrent tantôt mélanoblastes, tantôt mélanophores (fig. 4).

— Dans le *stroma conjonctif* qui entoure immédiatement les formations néoplasiques superficielles, on peut rencontrer, dans quelques cas, des cellules pigmentaires arrondies et volumineuses dont le protoplasme renferme des granulations irrégulières. Il semble qu'il ne s'agit là que de chromatophores, ayant repris le pigment par macrophagie. De fait, çà et là, s'essaiment des granulations libres, isolées ou en petits paquets, entre les faisceaux conjonctifs.

— Dans la *tumeur*, les éléments pigmentaires se présentent, le plus souvent, sous la forme de cellules dendritiques. Celles-ci sont polymorphes, en général aplaties ou lamelleuses, se moulant dans les interstices des cellules cancéreuses. Le noyau est assez volumineux, arrondi, et prend bien les colorants. Le protoplasme est bourré, surtout dans sa zone extérieure, de granulations pigmentaires très fines, toutes sensiblement de même volume. La cellule émet, par sa périphérie, une ou plusieurs expansions filiformes ou moniliformes, irrégulières, souvent rameuses, qui s'insinuent entre les cellules cancéreuses voisines et sont aussi longues ou même plus que le corps cellulaire proprement dit. Les expansions renferment, elles aussi, un grand nombre de petits grains de pigment. Ces cellules dendritiques sont presque toujours dopa-positives et toujours argentaffines. On ne les a jamais vues en mitose (fig. 4).

Souvent aussi les cellules pigmentaires sont arrondies ou ovalaires, par conséquent sans expansions rameuses. Elles sont isolées ou en petits groupes de deux à trois et se logent dans les interstices des cellules néoplasiques. Elles sont en général dopa-positives et chargées, dans leur protoplasme, de fines granulations pigmentaires de même calibre ; elles doivent être considérées comme des

gerhans, en 1868, sont imprégnées par l'or, siègent dans la couche de Malpighi et non dans la basale, et sont assez différentes morphologiquement des cellules dendritiques. Celles-ci seraient seulement chargées d'élaborer la mélanine, alors que les cellules de Langerhans seraient probablement des formations nerveuses, ectodermiques. Becker, Bézecny ont confirmé la différenciation établie par Br. Bloch.

mélanoblastes. Cependant elles peuvent fixer l'argent mais non la dopa (Caudière); les granulations seraient alors plus inégales et irrégulièrement réparties. Il semble qu'il s'agit, dans ce dernier cas, de chromatophores, chargés de pigment non par élaboration cellulaire mais par reprise macrophagique.

Enfin, on peut trouver des granulations libres, isolées ou en petits amas, entre les cellules cancéreuses. Mais jamais il n'en existe à l'intérieur même de celles-ci.

d) *Siège de l'hyperpigmentation.* — On peut l'étudier d'après les comptes rendus des 34 observations qui comportent une analyse histologique de la pigmentation.

Un premier groupe assez curieux de faits comprend les quatre cas de Halkin où un épithélioma non pigmenté (baso-cellulaire dans trois cas, mixte dans le dernier) s'est développé au-dessous d'un petit nævus pigmentaire resté passif, non cancéreux. Il ne s'agit donc pas là d'épithélioma pigmenté à proprement parler, mais d'épithélioma banal sous nævus.

Les 30 cas restants se répartissent ainsi :

— Dans 13 cas (43,3 o/o), il y avait, à la fois, pigmentation de la tumeur même et hyperpigmentation de l'épiderme.

— Dans 9 cas (30 o/o), seule la tumeur était pigmentée, la coloration de l'épiderme restant normale. Une observation indiquait, en plus, des cellules pigmentaires dans le stroma conjonctif voisin des bourgeons néoplasiques.

— Dans 8 cas enfin (26,6 o/o) l'épiderme était hyperpigmenté sans qu'il y eût de cellules pigmentaires à l'intérieur des formations cancéreuses. La moitié de ces cas comportait, en outre, une infiltration pigmentaire plus ou moins discrète du chorion.

Autant qu'on en peut juger par la lecture des examens histologiques publiés, dont certains sont assez incomplets, il semble donc que la coloration anormale de certains épithéliomas soit due à l'hyperpigmentation tantôt de la tumeur seule, tantôt de l'épiderme, tantôt, et plus souvent, à la fois de la tumeur et de l'épiderme.

Il paraît bien difficile de reconnaître des caractères cliniques spéciaux à chacune de ces trois éventualités. Seul, l'examen histologique en permet la différenciation. Encore convient-il d'émettre quelques réserves sur l'indépendance de ces trois types de pigmentation, tumorale, épidermique ou mixte. Trop d'observa-

tions étudient, avec quelque détail, la tumeur mais omettent toute description de l'épiderme. Presque toujours, quand l'examen a été complet, la pigmentation anormale est signalée, simultanément,

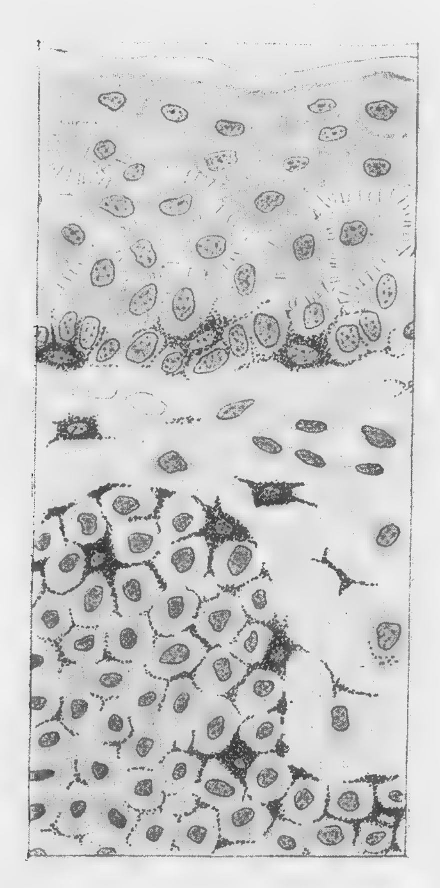


Fig. 4. — Epithélioma baso-cellulaire pigmenté (demi-schématique).
Les cellules pigmentaires sont nombreuses dans la couche basale de l'épiderme et dans les assises superficielles et juxta-épidermiques du bourgeon cancéreux. Elles se raréfient dans la profondeur de ce dernier. Quelques mélanophores et grains pigmentaires dans le chorion. Pas de granulations dans les cellules épithéliomateuses.

dans la tumeur et dans l'épiderme. Il semble donc que la surcoloration de l'épithélioma soit surtout mixte, tumorale et épidermique.

e) *Distribution des cellules pigmentaires.* — Elle a été soigneusement étudiée par Masson, Caudière, Pautrier et Diss, Becker, Montgomery, etc.

— *Dans la tumeur.* — Seuls, ne peuvent être pigmentés que les bourgeons cancéreux superficiels qui, de la profondeur, sont parvenus au contact ou au très proche voisinage de la couche basale de l'épiderme. Encore cette imprégnation est-elle inconstante et irrégulière ; certains bourgeons sont riches en pigment, d'autres n'en renferment que peu, d'autres enfin en sont dépourvus.

Par contre, d'après Masson, les formations cancéreuses qui ont franchi la couche basale et envahi les couches profondes de l'épiderme sont toujours pigmentées.

Les cellules pigmentaires sont plus nombreuses dans les plans superficiels, juxta-épidermiques, des bourgeons néoplasiques que dans les plans profonds. Elles se raréfient rapidement à mesure qu'on s'éloigne de la couche basale vers l'hypoderme et disparaissent au-dessous du plan moyen du derme fibreux (Masson).

Tous les auteurs s'accordent pour signaler que les cellules pigmentaires sont surtout abondantes à la périphérie des bourgeons cancéreux. Elles se raréfient vite dans les couches plus profondes et manquent habituellement dans la zone centrale (fig. 4).

Tout se passe comme si ces cellules pigmentaires subissaient l'attraction de la couche basale de l'épiderme ou mieux comme si elles en émanaient, devenant de plus en plus denses à mesure qu'on se rapproche de celle-ci.

Les cellules pigmentaires, habituellement dendritiques, s'insinuent entre les cellules cancéreuses qu'elles entourent souvent de leurs prolongements, comme dans une corbeille, mais sans pénétrer à leur intérieur. Les deux systèmes cellulaires, pigmentaire et épithéliomateux, sont juxtaposés mais restent indépendants l'un de l'autre. Masson et Caudière considèrent les rapports de ces deux systèmes comme une symbiose.

— *Dans le stroma péri-cancéreux.* — Les cellules pigmentaires sont, en général, peu nombreuses. Ce sont des mélanophores qui ne se voient, presque toujours, qu'au voisinage immédiat des bourgeons néoplasiques.

— *Dans l'épiderme.* — La surcharge pigmentaire y a été

beaucoup moins étudiée que dans la tumeur. Neuf observations seulement lui ont consacré quelques détails.

Dans un premier groupe de quatre cas (un de Kreibich, deux de Caudière, un de Milian, Périn et Aubert), le pigment *manque* ou est très diminué dans le secteur épidermique qui recouvre le bourgeon cancéreux voisin. Par contre, celui-ci est fortement pigmenté dans sa zone juxta-épidermique et l'on retrouve quelques cellules dendritiques dans le chorion qui sépare la tumeur de l'épiderme. Il en va comme si le pigment avait quitté la couche basale pour aller imprégner la partie voisine du cancer. Il n'y aurait pas hyperpigmentation mais seulement déplacement du pigment de l'épiderme dans la tumeur.

Dans deux autres cas (Montgomery, Touraine et Renault), le pigment n'est que peu diminué dans les cellules de la couche basale qui surplombe le bourgeon cancéreux. Il est surtout *inégalement réparti*, assez serré dans certains secteurs, manquant ailleurs. Par contre, les cellules dendritiques paraissent plus nombreuses que normalement.

Dans trois cas enfin (Caudière, Eller et Anderson, Touraine et Renault), il existe une *hyperpigmentation* nette de la couche basale et une augmentation des cellules dendritiques dans la zone de l'épiderme qui recouvre l'épithélioma.

Cette opposition des faits n'est peut être qu'apparente. On pourrait penser que ces trois modes de répartition du pigment ne sont que les stades successifs d'un même processus : hyperpigmentation de l'épiderme par réaction de voisinage, puis déplacement progressif du pigment épidermique dans la tumeur. Il en résulterait une raréfaction puis une disparition du pigment dans la couche basale à mesure qu'il s'accumulerait dans la masse cancéreuse.

Mécanisme de la pigmentation

Diverses hypothèses ont été émises pour expliquer la pigmentation de certains épithéliomas cutanés.

Origine tumorale. — Pour Bruno Bloch, les cellules pigmentaires de la tumeur dériveraient directement des cellules épithéliomateuses. Pautrier et Diss pensent que, si l'on croit à l'origine épidermique des cellules pigmentaires, on est obligé d'admettre aussi leur

multiplication soit sur place, soit dans les travées cancéreuses. Ils considèrent comme très plausible une différenciation des cellules tumorales vers la pigmentation.

Une variante de cette manière de voir est encore indiquée par Pautrier : « Le facteur qui détermine la multiplication tumorale des cellules épithéliales détermine également une multiplication des cellules de Langerhans (1) encore intra-épidermiques ou déjà émigrées dans la tumeur ». La même cause provoquerait une multiplication de toutes les cellules de la même assise, c'est-à-dire à la fois des cellules basales vers l'épithélioma baso-cellulaire et des cellules dendritiques vers la pigmentation de cet épithélioma.

Une telle conception n'est pas, en général, admise. Les cellules pigmentaires ne présentent pas de figures de division (Masson). Les cellules cancéreuses ne renferment pas de pigment, même en quantité minime.

On peut aussi se demander pourquoi l'imprégnation pigmentaire ne se ferait que dans des secteurs très limités, superficiels, juxta-épidermiques de la tumeur, pourquoi il y aurait, simultanément, tantôt hyper-, tantôt hypopigmentation de l'épiderme voisin. D'autre part si la même cause provoquait une prolifération à la fois des cellules dendritiques chromatoblastes et des cellules basales, si étroitement intriquées dans l'épiderme normal, la pigmentation des épithéliomas baso-cellulaires devrait être la règle alors qu'elle n'est que l'exception.

Migration d'origine épidermique. — On admet plus communément, après Masson, Caudière, etc., que l'infiltration des bourgeons cancéreux superficiels est due à une migration des cellules pigmentaires de l'épiderme. Cette hypothèse cadre mieux avec les faits précédemment exposés.

Pour qu'un épithélioma se pigmente, il est indispensable que ses bourgeons émergent de la profondeur à la surface du derme et deviennent juxta- ou intra-épidermiques. Il est nécessaire aussi que les couches superficielles de l'épiderme soient encore respectées; toute ulcération entraîne la disparition du pigment.

La pigmentation de la tumeur est donc un phénomène lié à l'ap-

(1) « Cellule de Langerhans » est prise, par Pautrier, comme synonyme de « cellule dendritique ».

proche du cancer non pigmenté vers des cellules pigmentées. Elle ne se fait que dans la zone d'approche et est d'autant plus intense que le contact est étroit avec ces cellules pigmentées. Des bourgeons cancéreux intra-épidermiques sont toujours plus colorés que des bourgeons dermiques, si près soient-ils de l'épiderme (Masson).

Plusieurs faits confirment encore l'hypothèse d'une migration des cellules pigmentaires épidermiques. C'est d'abord la surcharge ou la déficience de pigment dans la couche basale, alors que les formations épithéliomateuses se pigmentent progressivement. C'est aussi la présence de mélanoblastes dans le stroma conjonctif qui sépare le tissu néoplasique de la couche basale, alors qu'on n'en retrouve pas ailleurs. Ce sont encore les constatations de Masson qui a vu les cellules dentritiques de la couche basale entrer en relation avec les cellules d'un bourgeon cancéreux devenu intra-épidermique, entourer ces cellules et pénétrer dans leurs interstices.

Quelle est la signification de cette pigmentation des épithéliomas ? Quel est le rôle des cellules pigmentaires intra-tumorales ?

Il ne semble pas qu'on puisse attribuer à ces cellules la fonction de régularisation de la circulation lymphatique que leur admettait Kreibich dans l'épiderme. Leur nature de cellule nerveuse, d'origine ectodermique, soutenue par Masson pour des cellules analogues de l'épiderme, est peu compatible avec leur migration dans les formations néoplasiques.

La présence de chromatophores dans certains bourgeons cancéreux ne paraît exercer aucune influence sur les cellules épithéliomateuses. Pigmentés ou non, ces bourgeons se comportent identiquement et montrent la même activité, ou mieux la même lenteur évolutive. On ne saurait donc parler de parasitisme, non plus que de symbiose comme le veut Caudière, ce dernier terme sous-entendant, par définition, une association impliquant quelqu'avantage pour les deux organismes intriqués.

Une « association accidentelle », selon l'expression de Masson, paraît peu plausible. On a vu que la pigmentation obéit à certaines lois qui régissent sa distribution, son intensité.

Il me paraît plus simple d'admettre que la pigmentation de cer-

tains épithéliomas rentre dans le cadre plus général des pigmentations par irritation locale. L'excitation des chromatoblastes de la couche basale par le bourgeon cancéreux qui s'en approche provoque une hypergénèse du pigment comme le fait aussi bien l'irritation locale d'une syphilide, d'un élément de lichen, de prurigo, etc. Comme pour ces derniers, il se produit, à la suite de cette hypergenèse, une migration des cellules pigmentaires dans la lésion irritante qui devient pigmentée à son tour.

La pigmentation de certains cancers n'est donc qu'une dyschromie secondaire, de même ordre que celle qui frappe, de manière assez banale, nombre de dermatoses. C'est un incident réactionnel, dû à l'irritation de voisinage des chromoblastes de la couche basale par un bourgeon cancéreux voisin. L'imprégnation pigmentaire se fait par migration des chromoblastes dans les parties limitrophes de la tumeur. Elle peut devenir intense dans les secteurs les plus proches ; elle se raréfie à mesure que l'on s'éloigne de la basale.

Ce processus est fréquent. Il paraît se réaliser, histologiquement, dans environ un tiers des épithéliomas baso-cellulaires, à marche plus lente, moins destructrice, que les spino-cellulaires (où on l'observe cependant encore dans 7 à 10 o/o des cas). Mais l'imprégnation pigmentaire devient rarement assez intense pour se manifester, cliniquement, par la coloration de tout ou partie d'un cancer superficiel.

Diagnostic

Les épithéliomas pigmentés sont habituellement pris pour des *tumeurs mélaniques vraies*, nævo-épithéliomes surtout. Dans la plupart des cas, le diagnostic n'a été fait que par l'examen histologique. Il peut cependant être posé par la seule clinique.

Il convient de rappeler sommairement les éléments de ce diagnostic.

Dans 21 cas sur 40, l'épithélioma s'est développé, comme une tumeur mélanique, sur un nævus antérieur. Celui-ci était pigmentaire et plan (lentigo malin ou mélanose circonscrite précancéreuse de Dubreuilh) ou tubéreux (nævi verruqueux, verrues molles, etc.). Cela a pu être aussi un élément pigmenté de *Xeroderma pigmentosum*. Mais dans 15 cas (37,5 o/o) le cancer s'est formé en peau cli-

niquement normale, sans que le malade ait remarqué un nævus antérieur, alors que le fait est la règle pour un nævo-carcinome.

A l'inverse des nævo-épithéliomes, la pigmentation est rarement homogène dans les épithéliomas pigmentés. Presque toujours parcellaire, elle se sème en points ou taches à la surface des épithéliomas plans ; elle ne colore qu'une ou quelques élevures dans les formes tubéreuses ou nodulaires ; elle se localise à un ou quelques points de la périphérie dans les cancers volumineux ou ulcérés.

La pigmentation est, de plus, inégale et de teinte habituellement moins foncée que celle d'une tumeur mélanique. Elle reste, en général, dans la gamme des bruns plus que dans celle des noirs.

L'évolution de l'épithélioma pigmenté est beaucoup plus lente que celle du nævo-épithéliome. Elle se chiffre par années et atteint souvent six, dix et même quinze ans ou davantage.

Il s'agit, presque toujours, d'épithéliomas baso-cellulaires, à marche traînante, d'extension locale. Les adénopathies manquent, alors qu'elles sont précoces et rapidement progressives dans les nævo-épithéliomes. Enfin les métastases font défaut, alors qu'elles sont fréquentes pour ces derniers.

En cas de doute, le microscope permettra le diagnostic. Dans les épithéliomas pigmentés, les cellules pigmentaires sont éparses, irrégulièrement disséminées, aussi bien dans la tumeur que dans le derme ou le stroma péri cancéreux, alors qu'on les trouve, au moins partiellement, réunies en amas, en thèques, dans les nævi, les nævo-épithéliomes et les nævo-sarcomes.

Seule l'histologie permet de reconnaître le cas très spécial des *épithéliomas sous nævus pigmentaire* signalés par Halkin, à propos de quatre observations personnelles. Chez des sujets de 60 à 70 ans se sont développés des épithéliomas (trois baso-cellulaires et un mixte) au-dessous de nævi pigmentaires restés passifs. On peut se demander s'il ne s'agit pas cependant, dans ces cas, d'épithéliomas pigmentés car, deux fois au moins, il existait des cellules pigmentaires dans les boyaux cancéreux.

Il pourra être malaisé de distinguer cliniquement un *nævus pigmentaire* d'un épithélioma pigmenté, surtout si ce nævus s'étend, prend relief ou aspect végétant, se couvre de kératose et permet

ainsi de penser à sa transformation cancéreuse. C'est la même difficulté que présentent tous les états pré-cancéreux dans les premiers stades de leur évolution maligne ; l'examen histologique d'une biopsie devient alors nécessaire. Il en est de même pour le *Xeroderma pigmentosum*.

Milian a récemment attiré l'attention sur la valeur de la pigmentation pour faciliter un diagnostic hésitant entre un épithélioma pagetoïde ou érythémateux et un lupus érythémateux. Ce dernier ne prendrait jamais de pigmentation, sauf en cas de traitement bismuthique. Une coloration brune, plus ou moins marquée, en points ou taches, serait donc en faveur de l'épithélioma.

Traitement

Il y a grand intérêt à poser le diagnostic d'épithélioma pigmenté et non celui de mélanome ; le traitement en est quelque peu différent.

Le nævo-épithéliome commande, on le sait, une intervention précoce et large. Il interdit l'exérèse au bistouri, nécessite une destruction à la diathermo-coagulation. Les échecs sont fréquents, les récidives habituelles.

Les épithéliomas pigmentés n'ont que le pronostic de leur type histologique. La pigmentation ne modifie en rien leur évolution. Il s'agit, presque toujours, d'épithéliomas baso-cellulaires. La thérapeutique peut donc être moins brutale. Suivant leur forme, leur étendue, leur marche, on pratiquera soit une exérèse chirurgicale, soit une radio- ou radiumthérapie, soit même seulement la cryothérapie dont les résultats seront souvent très satisfaisants.

La présence du pigment ne change pas la ligne de conduite indiquée pour chaque cas particulier. Les épithéliomas pigmentés se comportent comme les épithéliomas non pigmentés de même type histologique.

Bibliographie

Beck (S). — Epithelioma, *Handb. f. Haut. u. Geschlechtskr.* de Jadassohn, **12**, 3e P., p. 261. Springer, Berlin, 1933.

Becker (S.). — Cutan. melanoma, *Arch. of Derm. and Syph.*, **21**, n° 5, mai 1930, pp. 818-835.

Becker (S.). — Benign. epid. neoplasms, *Arch. of Derm. and Syph.*, **26**, n° 5, nov. 1932, p. 888.
Becker (S.). — Melanotic Neopl. of the Skin, *The Americ. Journ. of Cancer*, **22**, n° 1, sept. 1934, pp. 17-40.
Bezecny (R.). — Die Langerhanszelle, *Arch. f. Derm. und Syph.*, **164**, 1931, p. 116.
Bezecny (R.). — Melanoblasten in Hautmetast. eines Brustkrebses, *Arch. f. Derm. u. Syph.*, **164**, n° 2, 1931, p. 310.
Bezecny (R.). — Ulcus rodens pigmentosum, *Deutsche derm. Gesellsch. in d. Tschechoslow. Rep.*, Prague, 21 oct. 1934 ; *Zentralbl. f. Haut, u. Geschlechtskr.*, **50**, 3/4, 5 févr. 1935, p. 101.
Bloch (Br.). — Ub. benigne nich nævoïde Melanoepith. d. Haut, *Arch. f. Derm. u. Syph.*, **153**, 1927, pp. 20-40.
Bloch (Br.). — Das Pigment, *Handb. f. Haut u. Geschlechtskr.* de Jadassohn, **1**, 1re P., pp. 434-541. Springer, Berlin, 1927.
Blumenthal. — Arsenmelanose u. basalzellencarc., *Berlin. derm. Gesellsch.*, 12 mai 1931 ; *Zentralbl. f. Haut. u. Geschlechtskr.*, **39**, 9/10, 5 janv. 1932, p. 494.
Caudière (M.). — Évol. des cell. pigm. dans cert. épith. envahiss. l'épid., *Ann. d'Anat. path. méd. chir.*, **3**, n° 2, févr. 1926, p. 119.
Chambers et Stokes. — Bas. Cell. Epithel., *Philadelphia derm. Soc.*, 3 déc. 1926 ; *Arch. of Derm. a. Syph.*, **15**, n° 6, juin 1927, p. 722.
Darier (J.). — Épithelioma, *Pratique dermatol.*, **2**, p. 395.
Darier (J.). — Cancer de la peau, *Atlas du cancer*, 1re s., pl. II. Alcan, juin 1922.
Darier (J.). — Le mélanome malin mésenchymateux, *Bull. Assoc. fr. p. ét. du cancer*, **14**, 18 mai 1925, pp. 221-249.
Darier (J.). — Tumeurs, *Précis de Dermat.*, 1928, p. 988.
Darier (J.) et Couillaud (P.). — Maladie de Paget, *Soc. fr. de Derm. et Syphil.*, 12 janv. 1893, p. 25.
Du Castel. — Lichen corné, épith., *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 7 mai 1903, p. 202.
Eller (J.) et Anderson (N.). — Basal cell. Epith. with excess. Pigm. Formation, *Arch. of Derm. a. Syph.*, **27**, n° 2, févr. 1933, pp. 277-291.
Ewing. — Papill. Epith. pigm., *British med. Journ.*, **2**, 1930, p. 852.
Ferrer (I.). — Epitheliom. mult. pigm., *Americ. dermat. Assoc.*, *La Havane (Cuba)*, 4 mai 1932 ; *Arch. of Derm. a. Syph.*, **26**, n° 5, nov. 1932, p. 918.
Gaté (J.) et Michel (P. J.). — Nævus tub. pigm., *Réun. derm. Lyon*, 16 mars 1933 ; *Bullet. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1933, p. 664.
Gross. — Pres. of a case, *Sect. Derm. a Syph.*, *New-York Acad. Med.*, déc. 1929.
Halkin. — Les épi. cut. dével. sur nævi pigm., *Bull. Acad. Méd. Belgique*, 5e s., 1933, p. 447 ; *Le Cancer*, **9**, 1932, pp. 241-247.
Kreibich. — Ub. Geschwülste b. Xerod. pigm., *Arch. f. Derm. u. Syph.*, **57**, 1901, pp. 123-142.
Massia. — Epi. pigm., *Réun. derm. Lyon*, 26 janv. 1933 ; *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1933, p. 332.
Masson (P.). — Techniq. d'imprégn. du pigm., *Les Tumeurs*. Masson, 1923, p. 701.
Masson (P.). — Le pigm. des cancers mamm. envahiss. l'épid., *Ann. d'Anat. Path. méd. chir.*, **2**, n° 4, juill. 1925, pp. 323-334.

Masson (P.). — Les nævi pigm., *Ann. d'Anat. Path. méd. chir.*, **3**, n° 5, mai 1926, pp. 417-453 et **3**, n° 7, juill. 1926, pp. 657-696.
Menetrier (P.). — Cancers mélaniq., *Nouv. Tr. de Méd. et Chir.*, **12** *bis*, pp. 574-586. Baillière, 1927.
Milian (G.). — Épi. plan cicatriciel, *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 6 nov. 1903 ; son *Bullet.*, 1903, p. 315.
Milian (G.). — A propos des épi. pigm., *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 11 avril 1935 ; son *Bullet.*, 1935, p. 648.
Milian (G.), Périn et Aubert. — Nævi papill. compliq. de tum. à types multiples, *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 10 nov. 1932 ; son *Bullet.*, 1932, p. 1320.
Montgomery (H.). — Superfic. Epithel., *Arch. of Derm. a. Syph.*, **20**, n° 3, sept. 1929, pp. 339-357.
Nicolas (J.), Massia (G.) et Rousset (J.). — Épi. plan clin. pagetoïde, anat. baso-cell., *Réun. derm. Lyon*, 18 avril 1929 ; *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1929, p. 527.
Nomland (R.). — Epith. multiple superfic., *Chicago derm. Soc.*, 20 mars 1929 ; *Arch. of Derm. a. Syph.*, **20**, n° 5, nov. 1929, pp. 754-755.
Nomland (R.). — Mult. bas. cell. Epith. orig. from congen. pigm. basal cell. Nævi, *Arch. of Derm. a Syph.*, **25**, n° 6, juin 1932, pp. 1002-1008.
O'Donovan (W. J.). — Canc. of the Skin due to Occupat., *Arch. of Derm. a. Syph.*, **19**, n° 4, avril 1929, pp. 595-606.
Oppenheim. — Épi. baso-cell. pigm., *Wiener dermat. Gesellsch.*, 10 déc. 1931 ; *Zentralbl., f. Haut. u. Geschlechtskr.*, **41**, 5/6, 20 juin 1932, p. 292.
Owen (M.). — Basal. cell. Carcin, *Arch. of Pathol.*, **10**, 1930, pp. 386-394.
Pardo-Castello. — Pigm. Epitheliome, *Cuba derm. Assoc.*, 4 oct. 1928 ; *Arch. of Derm. a. Syph.*, **19**, n° 4, avril 1929, p. 691.
Pautrier et Diss. — Epi. baso-cell. pigm., *Réun. derm. de Strasbourg*, 20 janvier 1929 ; *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1929, p. 499.
Pautrier et Hügel. — Mal. næv. généralisée, *Réun. derm. Strasbourg*, 9 juillet 1922 ; *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1922, p. R. S. 81.
Peyri (A.). — *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 6 juin 1935, p. 945.
Pollitzer (J.). — Carcinoderma pigmentosum, *Arch. f. Derm. u. Syph.*, **76**, 1905, pp. 324-346.
Rousset (J.) et Lévy (A.). — Epi. granulo-squam. en nappe fortem. pigm., *Réun. derm. Lyon*, 26 janv. 1933 ; *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1933, p. 329.
Schröpl (E.). — Ulcus rodens pigmentosum, *Arch. f. Derm. u. Syph.*, **154**, 1928, pp. 61-68.
Sézary (A.) et Cormelié. — Epi. baso-cellul. tubéreux, *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 21 juin 1934 ; son *Bullet.*, 1934, p. 926.
Shaw (H.). — Lentigo maligna, *The Americ. Journ. of Cancer*, **15**, n° 3, juill. 1931, pp. 1557-1569.
Stratton (E.). — Bazin's Dis. assoc. w. a. Prickle cell. Epi., *San Francisco derm. Soc.*, sept. 1929 ; *Arch. of Derm. a. Syph.*, **22**, n° 1, juill. 1930, p. 132.
Touraine (A.) et Renault (P.). — Epi. pigm., *Soc. fr. Derm. et Syph.*, 11 avril 1935 ; son *Bullet.*, 1935, pp. 644-648.
Weidman. — *Bas. cell. Epith.*, *Philadelphia derm. Soc.*, 3 déc. 1926 ; *Arch. of Derm. a Syph.*, **15**, n° 6, juin 1927, p. 722.

LES RÉAGINES DU SANG ET DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN DANS LA SYPHILIS DU SYSTÈME NERVEUX

Par B. DUJARDIN
(Dispensaire intercommunal antivénérien de Bruxelles)

H. BAONVILLE et J. TITECA
(Centre Neuro-psychiatrique de Bruxelles)

La méthode des dilutions permet d'apprécier l'intensité de la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien (Dujardin, 1914).

On peut facilement comparer l'intensité de ces réactions en pratiquant le Bordet-Wassermann simultanément sur des quantités régressives (gouttes ou dixièmes de centimètre cube) de sérum sanguin et de liquide cérébro-spinal, préalablement chauffés à 56°, d'un même individu (voir tableau 1).

Tableau I

Quantités de sérum	Quantités de liquide (1)	Unités de réagines
	Non dilué . . 20	1/10
	Non dilué . . 10	1/5
	Non dilué . . 4	1/2
Non dilué. . . 2	Non dilué . . 2	1
Non dilué . . . 1	Non dilué . . 1	2
Dilué au 1/2 . . 1	Dilué au 1/2 . 1	4
Dilué au 1/5 . . 1	Dilué au 1/5 . 1	10
Dilué au 1/10 . 1	Dilué au 1/10 . 1	20
Dilué au 1/20 . 1	Dilué au 1/20 . 1	40

(1) Pour rendre les réactions plus sensibles, il y a avantage, comme on sait, à utiliser des quantités plus grandes de liquide que de sérum, soit 4, 10 et 20 (quantités correspondant à 1/2, 1/5 et 1/10 d'unité). Si dans ces conditions la réaction est négative avec 2 de sérum, il va de soi que l'on ne peut conclure, en cas de réaction positive du liquide avec 4, 10 ou 20, à la présence de plus de réagines dans le liquide que dans le sang.

ANN. DE DERMAT. — 7e SÉRIE. T. 6. N° 9. SEPTEMBRE 1935.

Si, par exemple, l'arrêt de l'hémolyse se produit jusqu'à la dilution 1/2 du liquide et jusqu'à la dilution 1/10e du sérum, on dira que le premier contient 4 unités de réagines et le second 20 : d'où le rapport 1/5.

Ce rapport — auquel il y a lieu de conserver, on le verra plus loin, le nom d'*index de perméabilité méningée* — est une réalité indépendante de toute conception théorique. Il présente des caractéristiques remarquablement stables dans les deux formes de la syphilis nerveuse : la parasyphilis (paralysie générale et tabès) et la syphilis cérébro-spinale.

La *parasyphilis, ou syphilis anallergique tardive*, se caractérise par un index élevé, plus grand que 1/10e. Cet index est peu ou pas réductible par le seul traitement spécifique, même prolongé; au contraire ce traitement, ainsi que la malariathérapie, ont souvent pour premier effet de l'augmenter (ce qui rendra typiques certains index préalablement plus petits que 1/10e).

La *syphilis cérébro-spinale, tertiaire ou allergique*, a également, dans une première phase de son évolution que l'on surprend rarement, un index élevé. Mais spontanément, ou mieux sous l'effet d'un traitement médicamenteux ou malarique, cet index devient inférieur à 1/10e, voire même nul.

*
* *

La valeur de l'index de perméabilité a été à nouveau vérifiée au Centre neuro-psychiatrique de Bruxelles par MM. H. Baonville et J. Titeca sur des malades atteints de paralysie générale, de tabès et de syphilis cérébro-spinale. Voici quels ont été les résultats de ces recherches :

I. — *Paralysie générale et Tabo-paralysie générale* : 68 cas.

a) 61 cas ont une réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang et le liquide.

Dans 10 cas, ces réactions sont également intenses dans le sang et le liquide et l'index de perméabilité méningée est donc égal à 1/1.

Dans 51 cas, les réactions de Bordet-Wassermann sont plus fortes dans le sang que dans le liquide :

L'index est supérieur à 1/10e dans 38 cas :

1/2	21 cas
1/5	15 cas
1/8 . , ...	2 cas.

L'index est égal à 1/10e dans 8 cas.
L'index est inférieur à 1/10 dans 5 cas :

1/20	4 cas
1/50	1 cas

b) 4 cas ont une réaction de Bordet Wassermann négative avec deux parties de sérum ou de liquide, mais positive avec 5,10 ou 20 parties de liquide.

c) 3 cas ont une réaction de Bordet Wassermann positive dans le sérum et le liquide, mais plus forte — apparemment — dans le liquide que dans le sérum.

1er cas : sérum positif avec 1/2, liquide positif avec 1/4.

2e cas : sérum positif avec 2, liquide positif avec 1/2.

3e cas : sérum positif avec 2 ; liquide positif avec I.

Nous rappellerons plus loin comment il convient d'interpréter ces trois cas qui ne sont nullement une exception à la règle que le sang contient plus, ou au moins autant de réagines que le liquide céphalo-rachidien.

Laissant de côté les cas des séries *b* et *c*, auxquels nous reviendrons plus tard, on constate que les 61 cas de la série *a* donnent ;

Index typique, plus grand que 1/10 : 48 cas, soit 80 o/o.

Index « limite », égal à 1/10 : 8 cas, soit 12 o/o.

Index atypique, plus petit que 1/10 : 5 cas, soit 8 o/o.

Le premier effet de le malariathérapie est très souvent d'augmenter des index précédemment limites ou atypiques. En voici des exemples :

Noms	Index avant malaria	Index après malaria
Dev.	(9-11-32) : 1/10	(8-11-32) : 1/2
Ben.	(2-11-32) : 1/10	(23-11-32) : 1/5
Bar.	(10-3-32) : 1/20	(3-11-32) : 1/2
Pos.	(2-2-33) : 1/20	(14 6-33) : 1/10
Baq.	(5-7-33) : 1/50	(3-8 33) : 1/5

Certains cas, au contraire, réagissent d'emblée à la malarisation comme le font des syphilis cérébro-spinales.

Kay. . . . . . . (1- 9-33) : 1/50 (8- 3-34) : 0

II. — Syphilis cérébro-spinale

Nos recherches ont confirmé à nouveau l'existence de trois phases dans l'évolution humorale de la syphilis cérébro-spinale.

Phase I : Bordet Wassermann du sang et du liquide positifs, index de perméabilité plus grand que 1/10 (phase de courte durée et, par conséquent, plus rarement observée).

Phase II : Spontanément ou sous l'influence d'un traitement spécifique ou malarique, l'index de perméabilité devient inférieur à 1/10. Finalement, la réaction de Bordet Wassermann se négativant dans le liquide, l'index s'annule.

Tableau II

Noms	Symptômes cliniques	Malaria	B.-W.		Index	Phase
			Sang	L. C.-R.		
Ben...	Hémiplégie	avant	20	20	1/1	I
[illegible]	»	2 j. après	8	1/5	1/40	II
»	»	1 m après	8	0	0	II
Dew...	Hémiplégie+aphasie	avant	[illegible]	1/2	0	I
»		3 m. après	8	1/2	1/4	II
»		10 m. après	1	0	1/16	II
Mai...	Hémiparésie	avant	4	1/5	1/20	II
Rog...	Hémiparésie		2	0	0	II
Jan ..	Hémiplégie		[illegible]	0	0	II
Dha...	Atrophie optique	avant	8	0	0	II
Bef. .	Hémiplégie		0	0	0	III
Lam...	Paralysie faciale	avant	0	0	0	III

Phase III : Bordet Wassermann du sang et du liquide négatifs.

Des exemples de ces trois phases sont rapportés au tableau III.

En conclusion, *l'index 1/10 — cependant arbitrairement choisi — permet de distinguer d'une façon remarquable la parasyphilis*

nerveuse de la syphilis cérébro-spinale (1). Après traitement spécifique ou malarique, l'index devient typique dans plus de 90 o/o des cas (2), de paralysie générale.

En fait, l'index de perméabilité méningée a acquis une valeur nouvelle à plusieurs points de vue. Le fait observé par l'un de nous, que sur dix cas de tabès à taux de réagines élevé et à index élevé résistant aux traitements, neuf cas ont tourné à la paralysie générale, cinq, six et même huit ans après que l'index eut montré son caractère alarmant, est très significatif en ce qui concerne le pronostic de la syphilis nerveuse ; il indique en effet que l'index permet, à la période « préclinique » de Ravaut, de prévoir l'orientation de l'affection vers la paralysie générale ou la syphilis cérébro-spinale. Au point de vue thérapeutique, un index résistant aux traitements spécifiques commande, dès la constitution du syndrome humoral de la parasyphilis nerveuse, quel que soit du reste l'état clinique du malade, de recourir immédiatement à la malariathérapie.

Enfin l'index permet aussi, semble-t-il, de distinguer les diverses formes évolutives de la paralysie générale. Ce point, qui fera l'objet d'un prochain travail, ne sera pas discuté ici.

L'index de perméabilité méningée mérite donc de figurer parmi les éléments du syndrome de laboratoire de la paralysie générale, si bien fixés par Claude, Targowla et Santenoise : homogénéité de

(1) Deux cas de tabo-paralysie générale, observés dans le service de psychiatrie du Professeur VERMEYLEN et dont l'index nul permettait le diagnostic humoral de syphilis cérébro-spinal, montrèrent l'un et l'autre à l'autopsie une destruction du noyau du facial et une sclérose pédondiculaire.

(2) Nous ne pouvons nous rappeler sans émotion la façon si bienveillante et si courtoise avec laquelle notre illustre et regretté ami RAVAUT avait bien voulu critiquer l'index de perméabilité dans son dernier livre : « Une nouvelle syphilis nerveuse ». Qu'il nous soit permis ici de vouer à sa mémoire nos sentiments d'admiration et d'estime.

« C'est donc en somme à l'évolution et à l'effet du traitement que dans la plupart des cas, M. DUJARDIN demande la solution de la question. Or, sur ce point, nous sommes tout à fait d'accord avec lui et seule, jusqu'à présent, c'est l'évolution qui nous renseigne en dernier ressort sur l'avenir des réactions de la syphilis nerveuse latente. » Cette critique laisse sous-entendre que l'index perd sa valeur pratique parce « qu'il faut attendre plus ou moins longtemps l'évolution ». Nous désirons au contraire insister sur le fait qu'un court traitement spécifique (ou même la malarisation) tranche très vite la question dans la plupart des cas ; nous en avons donné ici-même des exemples.

toutes les réactions du liquide céphalo-rachidien, intensité de la réaction de Bordet Wassermann, forme paralytique des réactions colloïdales (benjoin colloïdal, élixir parégorique), formule leucocytaire (grosse prédominance de lymphocytes, présence de quelques cellules plasmatiques), *index de perméabilité supérieur à 1/10.*

*
* *

Le but du présent travail a été principalement de rechercher si les valeurs typiques de l'index de perméabilité méningée, établies au moyen de la réaction de Bordet Wassermann, se retrouveraient en employant une autre technique de syphilimétrie.

La méthode au péréthynol de Vernes, par la précision de ses mesures, semblait se prêter mieux que toute autre à cette étude.

Il fut donc convenu que le laboratoire du Centre Neuro-psychiatrique se chargerait des analyses suivantes : réactions de Bordet-Wassermann pratiquées dans le sang et le liquide du même sujet selon la méthode des dilutions, index de perméabilité, leucocytose, albumine totale (Ravaut et Sicard), globulines (Pandy et Weichbrodt) et benjoin colloïdal. D'autre part, et sans rien connaître des patients, le laboratoire du Dispensaire intercommunal détermina par la méthode de Vernes l'indice syphilimétrique du sang (Péréthynol A) et du liquide céphalo-rachidien (Péréthynol B), ainsi que l'albumine totale. Les résultats, centralisés au Centre Neuro-psychiatrique, ne furent confrontés que pour le présent travail.

Dès le début, nous nous sommes demandé si nous pouvions comparer les résultats des Vernes du sang et du liquide, résultats obtenus à l'aide d'une technique différente dans les deux cas.

Une confrontation des premiers Vernes avec les Bordet-Wassermann correspondants nous fit admettre que le Péréthynol B donnait avec le même liquide des réactions environ dix fois plus fortes que le Bordet-Wassermann. Interrogé à ce sujet, M. Bricq, le distingué physicien de l'Institut prophylactique de Paris nous répondit textuellement : « La suspension de Péréthynol employée avec les liquides est *grosso modo* dix fois plus sensible avec les sérums que la suspension A usitée habituellement avec ceux-ci ». Bien qu'il ne

puisse s'agir que d'une approximation, nous décidâmes donc de diviser par dix le chiffre photométrique du liquide avant de le comparer à celui du sang.

Déterminé dans ces conditions par la méthode de Vernes sur 175 sangs et liquides de malades atteints de paralysie générale ou de syphilis cérébro-spinale, l'index de perméabilité méningée — rapport entre le décime du chiffre photométrique du liquide et le chiffre photométrique du sang — est du même ordre de grandeur que l'index établi par la méthode de Bordet-Wassermann et a la même signification diagnostique, pronostique et thérapeutique dans les deux formes de syphilis du système nerveux.

Les tableaux III et IV en fournissent la démonstration.

TABLEAU III. — *Paralysie générale*

Noms	Dates	B.-W.		Vernes		Index	
		Sang	L. C.-R.	Sang	L. C.-R.	B.-W.	Vernes
Boc...	3- 5-33	4	2	38	8,8	1/2	1/4
Ern...	10- 5-33	2	2	38	9	1/1	1/4
Fla...	27- 6-32	1	1/10	24	6	1/10	1/4
Dem...	5- 7-33	2	1	11	5	1/2	1/2
Ver...	5- 7-33	8	1	58	8	1/8	1/7
Cas...	9- 8-33	2	1/2	58	8	1/4	1/7
Pau...	9- 8-33	20	10	35	4,1	1/5	1/8
Jan...	20- 9-33	2	1/2	33	5,3	1/4	1/6
Mar...	4-10-33	2	1/2	32	4,9	1/4	1/6
Uyt...	3-11-33	4	2	23	7	1/2	1/3
Dum...	24- 1-34	1	1/5	15	7,5	1/5	1/2
Fou...	31- 1-34	4	2	15	5,1	1/2	1 3
Lam...	7- 2-34	1	1	18	4,1	1/1	1/4
Lié...	27- 3-34	4	2	8	6,2	1/2	1/1
Fau...	18 4-34	1	1/2	6	7,3	1/2	1/1
Bon...	4- 7-34	2	1/2	53	7,5	1/4	1/7
Van G...	26- 8-34	1	1/5	20	8,3	1/5	1/3
De V...	10-10-34	1	1/2	7	7,4	1/4	1/1
Thi...	19-12-34	2	1/2	31	6,5	1/5	1 5
May...	16- 1-35	10	4	49	8,3	1/2	1/6
Esc...	23- 1-35	4	1	79	9,6	1/4	1/8
Evr...	13- 2-35	[illegible]	1/2	41	7	1/4	1/6
Mat...	13- 2-35	2	1/2	58	6	1/4	1/9

On y voit en effet que dans les cas de paralysie générale, la réaction au Péréthynol du sang est en règle générale supérieure à celle du liquide et que le rapport entre l'indice photométrique du sang

et celui du liquide (ce dernier divisé par 10) est supérieur à 1/10e.

Dans la syphilis cérébro-spinale, au contraire, ce rapport est inférieur à 1/10e. On peut aussi constater dans les tableaux II et IV que, à la suite de la malariathérapie, les réactions de Bordet-Wassermann et de Vernes s'affaiblissent graduellement, en même temps que l'index diminue.

Il faut cependant remarquer que la méthode de Bordet-Wassermann semble mesurer plus exactement que celle de Vernes les quantités de réagines, ce qui résulte vraisemblablement du fait technique que la première emploie constamment le même antigène (la dose de sérum ou de liquide examinée variant seule). L'échelle de graduation du Bordet-Wassermann est en conséquence, contrairement aux apparences, plus étendue que celle du Vernes : de fait, si l'on passe en revue tous les cas de paralysie générale étudiés ici, on s'apercevra que leurs liquides examinés par la méthode de Bordet-Wassermann, contiennent de 1/10 à 10 unités de réagines, alors que les indices du Vernes de ces mêmes liquides ont pour valeurs-limites 40 et 90. La réaction de Vernes du liquide est donc beaucoup plus qualitative que quantitative.

Tableau IV

Noms	Dates	B.-W.		Vernes		Index	
		Sang	L. C.-R.	Sang	L. C.-R.	B.-W.	Vernes
Ben...	19- 9-34	8	1/5	69	2,3	1/40	1/30
	17-10-34	8	0	78	0	0	0
De W...	14- 6-33	10	1/2	50	4,5	1/20	1/12
	17- 1-34	1	0	24	0	0	0
Mai...	21- 6-33	4	1/5	45	0,9	1/20	1/50
D'Ha...	30- 5-34	8	0	52	0	0	0
Jan...	30- 5-33	2	0	7	0	0	0
Bef...	6- 6-34	0	0	0	0	0	0
Rog...	19- 9-34	2	0	56	0	0	0
Lam...	15- 5-34	0	0	0	0	0	0

Il va sans dire qu'à côté des cas où les deux méthodes ont donné des résultats superposables — cas formant la grande majorité — nous avons observé quelques chiffres discordants (v. tableau V) : par exemple, un liquide dont le Vernes est négatif alors que le

Bordet-Wassermann y décèle 1/5 d'unité de réagine, ou inversement un liquide dont le Bordet-Wassermann est négatif alors que le Vernes donne un indice photométrique de 63.

TABLEAU V

Noms	Sang			Liquide céphalo-rachidien		
	B.-W.	Vernes	Hecht	B.-W.	Vernes	Benjoin coll. (1)
Lod...	—	0	+++	1/5	0	01221
Coc...	—	5		—	0,2	
De G...	—	2		—	2,5	
Dup...	—	23	—	—	6,3	22210
Lié...	2	1	+	1	0	02220
Mus...	—	2	—	—	1,1	22100
Sov. .	—	■	—	1/5	0	00000

(1) Les 5 premiers tubes du benjoin colloïdal sont seuls rapportés dans les tableaux.

Mais il est à remarquer que ces discordances ne surviennent jamais que dans des cas-limites à réactions très atténuées où c'est tantôt l'une, tantôt l'autre de ces réactions qui se montrera la plus sensible. Dans les mêmes cas limites, l'on voit souvent aussi le benjoin colloïdal donner des résultats quelque peu différents de ceux fournis par les autres méthodes (voir tableau VI). Dès lors, ces discordances peuvent aisément s'expliquer ainsi qu'on le verra plus loin, par l'action d'un facteur entravant sur l'une ou l'autre des réactions spécifiques.

TABLEAU VI

Noms	Liquide céphalo-rachidien		
	B.-W.	Vernes	Benjoin colloïdal
Deg...	—	0	11210
Pre...	—	0	01210
Pos...	—	0	01100
Dru...	1/5	0	00000
Fas...	—	0	00110
Leg...	ret.	4	00221
Dev...	—	0	12220

Quelle est l'origine des réagines du liquide céphalo-rachidien?

Deux théories qui ne sont du reste pas fatalement exclusives sont en présence. La première admet l'origine sanguine de ces substances ; la seconde leur assigne une origine locale au niveau du système nerveux lui-même.

Suivant la théorie de Mestrezat, ce sont les plexus choroïdes qui sécrètent le liquide céphalo-rachidien. Dans les conditions normales, la barrière hémato-encéphalique (Stern) empêcherait le passage des substances sanguines vers le liquide cérébro-spinal.

L'inflammation pathologique ou expérimentale (injection d'eau distillée dans le sac lombaire) des méninges et des plexus aurait comme premier effet de permettre le passage de certaines substances sanguines dans le liquide, dont la composition se trouverait dès lors modifiée. Les principales de ces substances sont les albumines, les globulines et les acides aminés du sérum, les hémolysines, l'alexine et enfin les réagines spécifiques de la réaction de Bordet-Wassermann et des réactions de floculation (lesquelles réagines ne forment vraisemblablement qu'un seul et même groupe). Il est bien établi que ces diverses substances franchissent la barrière hémato-encéphalique dans un certain ordre : les réagines syphilitiques en tout premier lieu, les albumines exceptées, les hémolysines, puis enfin l'alexine et le fibrinogène. Et de même qu'elles apparaissent dans le liquide dans un ordre déterminé, ces substances en disparaissent dans un ordre inverse.

L'injection d'eau distillée dans le sac lombaire provoque comme on sait, une violente réaction méningée au cours de laquelle apparaissent dans le liquide des hémolysines, de l'alexine, du fibrinogène, des albumines, des globulines et des acides aminés en excès ; quelques jours plus tard la composition du liquide est redevenue normale.

La réaction des hémolysines de Weill et Kafka est habituellement positive dans le liquide des paralytiques généraux, plus rarement dans celui des malades atteints de syphilis cérébro-spinale : la cause en est vraisemblablement que dans ces derniers cas la réaction méningée — et par conséquent la perméabilité méningée — est moindre. Le fait que dans la méningite tuberculeuse les hémolysines n'apparaissent pas dans le liquide indique même que la perméabilité méningée peut être sélective. Si donc on voit, à la suite

de la malariathérapie, les hémolysines disparaître du liquide des paralytiques généraux alors que les réagines spécifiques y persistent, on ne peut en inférer que la perméabilité méningée n'est pas en cause — erreur d'interprétation qui a été faite par les auteurs ayant considéré la perméabilité méningée comme un tout.

Si l'on admet l'origine sanguine des réagines présentes dans le liquide, comment expliquer les cas où les réactions de Bordet-Wassermann ou de Vernes sont positives dans le liquide et négatives dans le sang ?

Notre regretté collègue Ravaut, sans contester le fait de la perméabilité méningée pour les substances sanguines à la suite d'une inflammation pathologique ou expérimentale — fait qu'il avait lui-même si remarquablement contribué à mettre en évidence en signalant que l'injection d'eau distillée dans le sac lombaire peut faire apparaître dans le liquide une réaction de Bordet-Wassermann qui ne s'y trouvait primitivement pas — pensait que cette notion ne suffisait pas à expliquer les cas où les réactions de Bordet-Wassermann ou de floculation sont nettement plus intenses dans le liquide que dans le sang, ni surtout les cas où ces réactions sont positives dans le liquide et négatives dans le sang. Aussi Ravaut admit-il l'existence dans le liquide céphalo-rachidien de réagines d'origine cérébro-spinale et donc tout à fait différentes des réagines syphilitiques banales du sang.

Reprenons ici, objectivement et dans les détails, en tenant compte des résultats rapportés dans le présent travail, l'étude de ces cas où la réaction de Bordet-Wassermann ou de Vernes est positive dans le liquide et négative dans le sang et aussi de ceux où, les réactions étant positives, leur intensité apparaît plus grande dans le liquide que dans le sang.

En ce qui concerne le Bordet-Wassermann tout d'abord, rappelons que dans la très grande majorité des cas (95 o/o), qu'il s'agisse de paralysie générale ou de syphilis cérébro-spinale, la réaction est plus fortement positive dans le sang que dans le liquide (Il va de soi que, comme nous prétendons comparer les intensités des réactions, nous aurons eu soin de chauffer préalablement sang et liquide à 56° pendant le même temps).

Il faut d'abord écarter tous les cas où le Bordet-Wassermann est positif dans le liquide et négatif dans le sang, mais où la réac-

tion a porté sur une quantité de liquide supérieure à la quantité maximum de sérum mise en expérience. On sait en effet qu'il y a une difficulté technique à utiliser plus de deux parties de sérum, alors qu'on emploie sans inconvénient 4, 10 et même 20 parties de liquide. En fait, comme l'a montré Dumont, on peut rendre positive une réaction de Bordet-Wassermann apparemment négative dans le sang en utilisant des quantités suffisantes de sérum (10 ou 20 parties), malgré que l'accumulation des albumines sanguines gêne considérablement la marche des réactions.

Restent les autres cas, lesquels constituent au premier abord une objection plus sérieuse à l'origine exclusivement sanguine des réagines syphilitiques. Ces cas sont au nombre de cinq : trois paralysies générales (cas 1, 2 et 3) et deux syphilis cérébro-spinales (cas 4 et 5).

Cas 1. Gas ... :	le sang contient	4	unités de réagines,	le liquide	8
» 2 Pup... :	»	1	»	»	4
» 3. Jui ... :	»	1	»	»	2
» 4 Boe ... :	»	0	»	»	1
» 5. Kup... :	»	0	»	»	1

Analysons ces cinq cas et voyons comment on peut les interpréter.

Nous avons montré par des expériences qu'a bien voulu vérifier Ravaut l'action entravante du sérum sur la réaction, action déjà signalée par Bordet et Gay. Elle serait surtout le fait de la forte teneur en albumine du sérum (80 grammes au lieu de moins 1 gramme dans le liquide et certainement aussi de la richesse en hémolysines de certains sérums (hémolysines absentes dans le liquide ou n'y existant qu'en quantité excessivement réduite) (1).

(1) Ravaut, sans vouloir contester l'existence d'une perméabilité méningée estimait que celle-ci ne pouvait rendre compte à elle seule des grandes différences constatées entre les réactions du sang et celles du liquide.

« Que M. Dujardin ne croie pas que je veuille nier l'existence de la perméabilité méningée, mais je pense que son rôle n'est pas aussi prépondérant qu'il l'estime ». *Une nouvelle syphilis nerveuse,* p. 128, lignes 23 et suivantes).

« D'ailleurs, M. Dujardin reconnaît lui-même que dans 21 cas la réaction de Bordet-Wassermann fut complètement négative dans le sang et positive dans le liquide et parfois même très fortement. Si les lipoïdes venaient du sang, les proportions contenues dans ces humeurs devraient évoluer paral-

Avec une intensité évidemment variable suivant les cas, le sérum a sur la réaction de Bordet-Wassermann une action entravante qui va facilement jusqu'à annihiler 8 ou 10 unités de réagines contenues dans le liquide : en prenant une quantité déterminée de liquide, suffisante pour donner une réaction positive, et en y additionnant 2 parties de sérum normal chauffé, on peut donc voir la réaction devenir négative, et être obligé, pour faire réapparaître une réaction positive d'introduire dans les tubes en expérience 2, 6, 8 voire même 10 parties de liquide.

Or, les cas (somme toute très rares, répétons-le) qui présentent la particularité d'une réaction négative avec une quantité de sérum égale à celle qui donne une réaction positive avec le liquide, rentrent dans les limites assignées par cette expérience. Il suffit en effet de restituer aux sérums des cas 2, 3, 4 et 5 les huit unités de réagines nécessaires à annihiler leur propre action entravante, pour obtenir un tableau dont tous les cas suivent la règle générale.

Cas [illegible] :	le sang contient	9	unités de réagines	et le liquide	4
» 3 :	»	9	»	»	2
» 4 :	»	8	»	»	1
» 5 :	»	8	»	»	1

Reste le cas 1 pour lequel la réaction est négative avec une partie du sérum diluée au 1/4 et positive pour la même dilution de son liquide. Il suffit aussi pour faire rentrer dans la règle générale cette apparente exception d'admettre une action entravante de 4 unités par partie de sérum non dilué : cette action, voisine de 1 dans une partie de la dilution au 1/4 rendra aisément compte de la réaction négative du sérum.

Bref, les résultats des réactions de Bordet-Wassermann du sang et du liquide céphalo-rachidien rapportés dans le présent travail se

lèlement, alors qu'au contraire il y a plus souvent de la discordance que de la concordance dans l'intensité des réactions » (p. 62).

Nous répondrons que l'analyse de ces 21 cas faite dans notre livre *Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis* nous amenait à conclure que les résultats apparemment discordants s'expliquaient parfaitement, soit par la mise en réaction d'une quantité beaucoup plus grande de liquide céphalo-rachidien que de sang, soit par l'action entravante du sérum dont nous avions expérimentalement établi les limites. Il en est du reste rigoureusement de même pour les cas identiques de notre nouvelle série.

superposent donc à ceux que nous avons publiés antérieurement et ne peuvent en aucune façon être interprétés comme étant incompatibles avec la théorie de l'origine uniquement sanguine des réagines contenues dans le liquide céphalo-rachidien.

Le dosage des réagines du sang et du liquide par la méthode syphilimétrique de Vernes amène également à conclure dans le même sens. En effet, dans la très grande majorité des cas (95 o/o) l'indice photométrique du sang est supérieur à celui du liquide.

TABLEAU VII

Noms	Sang			Liquide céphalo-rachidien	
	B.-W.	Vernes	Hecht	B.-W.	Vernes
Bar...	2	3	—	1/5	9,1
Fau...	1	6		1/2	7,3
Gai...	1	5		1/2	7
Boc...	1	5	+++	1/2	6,8
Jor...	2	0	+++	1	8,7
Pec ..	0	0		1/5	1,5
Boc...	0	1	++	1	8,2
Kup ..	0	2	++	1	9,8
Hal ..	0	1	+++	1/5	8,6

Les seuls cas apparaissant comme des exceptions à cette règle très générale sont groupés au tableau VII. Tous ces cas, caractérisés par ailleurs par une très faible teneur en réagines (puisque la méthode du Bordet-Wassermann n'y décèle qu'au maximum 2 unités de réagines), peuvent aussi s'expliquer par l'action entravante du sérum sur les réactions spécifiques. En effet, cette action entravante, bien démontrée pour le Bordet-Wassermann peut aussi être mise en évidence en utilisant la techniqne de Vernes : un liquide céphalo-rachidien de paralytique général dont l'indice photométrique au Péréthynol B est par exemple de 72, donne après dilution avec moitié de sérum physiologique un indice pratiquement identique ; dilué au contraire avec moitié d'un sérum humain normal, cet indice tombe à 1 (dilué avec un sérum positif au Péréthynol A, l'indice reste cependant positif).

D'ailleurs en ce qui concerne les 5 premiers cas rapportés au tableau VII on voit que si les liquides examinés par la méthode de Vernes paraissent contenir des quantités de réagines supérieures à celles retrouvées dans les sangs correspondants, ces taux de réagines recherchés par la méthode de Bordet-Wassermann se montrent au contraire supérieurs dans le sang.

En conclusion, à quelque méthode syphilimétrique que l'on s'adresse, la teneur en réagines du sang se montre supérieure, ou tout au moins égale, à la teneur en réagines du liquide ; les rares cas (5 o/o) qui font exception à cette règle générale s'expliquent facilement par l'action entravante du sérum sanguin qui désavantage techniquement toute réaction faite dans ce dernier milieu.

L'étude des réactions de Bordet-Wassermann et de Vernes pratiquées dans le sang et le liquide d'un même sujet est donc favorable à la théorie de l'origine sanguine des réagines spécifiques présentes dans le liquide céphalo-rachidien.

* * *

Plusieurs auteurs, dont Ravaut lui-même, ont pensé qu'à côté des réagines syphilitiques banales — dénommées ubiquitaires et mises en évidence en utilisant comme antigène les extraits myocardiques habituels — il pouvait peut-être exister des réagines nées au niveau du système nerveux central ; ces dernières réagines — décelables seulement en employant un antigène « anti-cerveau » — passeraient directement le liquide céphalo-rachidien et ne se répandraient que peu ou pas dans le torrent circulatoire.

Cette hypothèse vient récemment d'être reprise et développée dans un important travail de Demanche. A l'aide de la méthode qu'il utilise — méthode qui ne nous paraît pas à l'abri de toute critique — Demanche constate une réaction régulièrement positive dans le liquide des paralytiques généraux et souvent dans celui des tabétiques, mais habituellement négative dans le liquide des malades atteints de syphilis cérébro-spinale ; d'autre part cette réaction est presque constamment négative dans le sang de ces mêmes sujets. S'il emploie l'antigène habituel de la réaction de Bordet-Wassermann pour étudier ces mêmes sangs et liquides, Demanche observe

évidemment des résultats constamment positifs. De cette étude, il retient : 1° qu'en utilisant l'antigène anti-cerveau, la réaction de fixation est habituellement positive dans le liquide des paralytiques généraux, négative dans leur sang ; 2° que dans les cas de syphilis cérébro-spinale, la réaction de fixation est positive avec un antigène banal, mais négative avec l'antigène anti-cerveau dans le liquide.

Demanche conclut rationnellement à l'existence dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux de réagines spéciales révélés par l'emploi d'un antigène spécifique.

Mais cet antigène est-il réellement « spécifique » ?

Nous avons été amenés à en douter en nous en référant aux constatations de Demanche lui-même qui obtient *55 o/o de réactions positives dans le sang des syphilitiques secondaires et 25 o/o dans celui des primaires.*

Ces résultats, inexplicables si l'on admet que l'antigène employé est vraiment spécifique, ne le sont plus du tout dans l'hypothèse où l'antigène anti-cerveau n'est qu'un *antigène faible.* L'étude par une technique quantitative quelconque (et spécialement par la méthode des dilutions) de la réaction Bordet-Wassermann aux divers stades évolutifs de la syphilis établit en effet que l'intensité de la réaction augmente vers la fin de la période primaire et devient maximum au cours de la période éruptive secondaire (où la réaction est couramment positive à la dilution 1/10 ou 1/20, ce qui signifie, suivant le moyen d'évaluation proposé ici-même, que chaque partie de ce sérum contient 20 ou 40 unités de réagines) ; par la suite la réaction diminue en intensité si bien que la présence de plus de 20 unités de réagines par partie de sérum est rarement observée dans le sang des paralytiques généraux (14 cas sur 216, soit 6 o/o environ).

L'antigène anti-cerveau n'est donc très vraisemblablemeut qu'un antigène faible, qui ne permettra de réaction positive que dans les cas où les antigènes actifs (type Bordet-Ruelens) donneront une réaction positive même aux grandes dilutions ; dans tous les autres cas la réaction pratiquée en utilisant le premier antigène sera négative.

Dès lors, les résultats de Demanche peuvent ainsi s'interpréter en ce qui concerne le sang : réactions positives le plus fréquem-

ment dans la syphilis secondaire (55 o/o), moins souvent déjà dans la syphilis primaire (25 o/o), rarement dans la paralysie générale (5 o/o) ; réactions constamment négatives dans le tabès et presque toujours dans les stades avancés de la syphilis latente ou tertiaire.

Mais comment s'expliquer qu'un antigène, par hypothèse aussi faible, donne cependant de 75 à 92 o/o de réactions positives dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux ?

Demanche nous en fournit lui-même l'explication, lorsqu'il déclare, en décrivant sa technique, qu'il emploie 0,05 de sérum et 0,50 de liquide, c'est-à-dire une quantité de liquide dix fois supérieure à celle du sérum (1). On peut dès lors concevoir qu'un antigène, même faible, puisse mettre en évidence les quantités décuples de réagines contenues dans les quantités décuples employées pour le liquide.

On comprend qu'une technique qui vise à obtenir la réaction la plus sensible utilise, à bon escient, la plus grande quantité possible de liquide ; mais lorsqu'on se propose de comparer les réagines du liquide à celles du sang, on est évidemment tenu à ne comparer que des quantités strictement égales de ces deux humeurs (ainsi que nous l'avons constamment fait au cours de nos recherches).

Dans le cas particulier de la syphilis cérébro-spinale, les résultats négatifs de Demanche s'expliquent aussi par la faiblesse de l'antigène employé par l'auteur. En effet, on sait que les liquides de ces malades contiennent en moyenne beaucoup moins de réagines spécifiques que ceux des paralytiques généraux (fait sur lequel nous avons insisté à maintes reprises, et ici encore) ; il faut donc logiquement s'attendre, en utilisant l'antigène anti-cerveau, à trouver le plus souvent dans le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de syphilis cérébro-spinale une réaction de fixation négative.

Enfin Demanche tire un dernier argument du fait que certains sérums de paralytiques généraux se montrent négatifs quand il

(1) Et, par surcroît, il s'agit probablement — l'auteur ne précise pas ce point — de sérum chauffé et de liquide non chauffé, ce qui diminue encore relativement la teneur du sérum en réagines.

emploie l'antigène anti-cerveau, alors que les indices photométriques de Vernes recherchés dans les même sérums atteignent des chiffres extrêmement élevés (tels que 96 et 101). Mais nous croyons que, dans certains cas, il n'y a aucune commune mesure entre l'intensité de Vernes et celles du Bordet-Wassermann d'un sérum. En parcourant les quelques résultats qui figurent dans les tableaux publiés ci-dessus, on peut déjà retrouver un cas présentant 20 unités de réagines du Bordet-Wassermann et un indice photométrique de Vernes de 35, et un autre cas où ces chiffres sont respectivement 2 et 58 : avec l'antigène anti-cerveau, le premier de ces cas aurait vraisemblablement donné une réaction positive, le second une réaction négative.

Nous ne voulons nullement conclure de notre étude qu'il n'existe pas certaines particularités différenciant les réagines du liquide des paralytiques généraux de celles du liquide des malades atteints de syphilis cérébro-spinales (1). Mais jusqu'à plus ample informé, nous croyons que la théorie de l'origine sanguine des réagines du liquide céphalo-rachidien est celle qui rend le plus exactement compte des faits.

BIBLIOGRAPHIE

Dujardin (B.). — *Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis.* Paris, Maloine, 1921.

Dujardin (B.). — Les syndromes humoraux de la paralysie générale. *Journ. Neur. et Psychiatrie,* août 1925.

Demanche (R.). — Sur la présence de réagines anticerveau dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux et des tabétiques. *Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie,* juillet 1934.

Mestrezat. — *Le liquide céphalo-rachidien normal et pathologique.*

Claude, Targowla et Santenoise. — La phase présymptomatique de la paralysie générale. *Presse Médicale,* 30 janvier 1924.

Ravaut (P.). — *Une nouvelle syphilis nerveuse.* Masson, Paris, 1934.

Lina Stern. — La barrière hémato-encéphalique. *Journ. belge de Neurologie et de Psychiatrie,* octobre 1934.

Dumont (A.). — Les méthodes de renforcement et de réactivation du Bordet-Wassermann. *Arch internat. de médecine expérimentale,* mai 1927.

Bordet et Gay. — *In* Bordet, *Traité de l'immunité dans les maladies infectieuses,* p. 417, lignes 10 et s.

Rizzo (Cr.). — La termolabilita degli anticorpi sifilitici nel liquido cefalorachidiano. *Il Cervello Napoli,* 1923, n° 3.

(1) Rizzo, par exemple, a prétendu que les réagines du liquide des malades atteints de syphilis cérébro-spinale étaient thermolabiles, ce que nous n'avons pu vérifier, ni Dumont ni nous-même.

Travail de la Clinique Dermatologique Universitaire de Genève
Directeur : Prof. Dr Ch. Du Bois

NOTE PRÉLIMINAIRE SUR L'ACTION DÉSENSIBILISANTE DE L'ACIDE l-ASCORBIQUE (VITAMINE C)

GUÉRISON RAPIDE D'UN CAS D'INTOLÉRANCE AU SALVARSAN, DE TROIS CAS D'ÉRYTHRODERMIE SALVARSANIQUE ET D'UN CAS D'ÉRYTHRODERMIE AURIQUE

Par I. DAÏNOW,
Privat-Docent à la Faculté de Médecine, Chef de Clinique

A l'occasion de recherches actuellement en cours à la Clinique Dermatologique de Genève sur l'acide *l*-ascorbique (vitamine C) (1), nous en avons étudié l'action sur un certain nombre d'états allergiques de la peau.

Ces essais, dont nous rapportons ici les premiers résultats, ont montré que l'acide ascorbique (2) possède des propriétés désensibilisantes extrêmement actives, et permettent d'entrevoir le rôle exceptionnel que ce médicament est appelé à jouer dans la thérapeutique dermatologique.

Observation I

Mme B... Eugénie, 43 ans, ménagère.

Hospitalisée à la Clinique Dermatologique pour eczéma variqueux des deux jambes.

Antécédents personnels : rien de particulier. Tuberculose chez les collatéraux et les descendants.

(1) Voir la thèse de M. Piesocki, *Recherches cliniques sur la diminution de la toxicité des arsénobenzènes par addition de Redoxon.* A l'impression.

(2) La préparation employée est le Redoxon Roche.

Le Wassermann, que l'on pratique systématiquement, est trouvé très positif chez cette malade, sans qu'on puisse découvrir l'origine de sa syphilis.

Traitement mixte : Salvarsan et Bismuth.

23 mai.	1re inj. Néo-Mesarca..	0,15	1re inj. Oléo-Bi..	1 cc.
25 mai.	2e » » ..	0,30	2e » » ..	1 cc.
27 mai.			3e » » ..	1 cc.
28 mai.	3e » » ..	0,45		

Dès le début du traitement, la malade s'était plainte de maux de tête.

29 mai. Les maux de tête sont plus violents, la température monte à 38°2-38°5. On suspend momentanément le traitement.

31 mai. Apparition sur tout le corps d'une éruption de petits éléments érythémato-papuleux très prurigineux, avec tendance à confluer par places en grands placards ; l'éruption a tous les caractères d'un érythème salvarsanique.

La malade reçoit expérimentalement une injection intraveineuse de 5 centigrammes d'acide ascorbique, dissous dans 10 centimètres cubes d'eau.

Le lendemain, les lésions ne sont plus surélevées, mais forment des placards d'érythème scarlatiniforme étendus. Cet érythème disparaît presque complètement au cours de l'après-midi.

La malade reçoit une deuxième injection intraveineuse d'*acide ascorbique, 5 centigrammes.* La température, qui était de 38°6 le 31 mai, de 38°3 le 1er juin, tombe le 2 juin. L'éruption a complètement disparu.

6 juin. Tentative de reprise du traitement. La malade reçoit une injection de 30 centigrammes de Néo-Mesarca dissous dans une solution d'acide ascorbique (5 cgr. d'acide ascorbique, 10 cc. d'eau distillée).

Très peu de temps après l'injection, apparition sur les bras, le ventre et les cuisses, d'une éruption de papules ortiées non prurigineuses, qui persistent quelques heures, puis disparaissent pour faire place à une rougeur diffuse du visage avec injection des sclérotiques et bourdonnements d'oreilles jusqu'au soir.

Le soir, l'éruption a disparu.

La malade se plaint d'une grande fatigue des bras et des jambes et de douleurs articulaires.

7 juin. La malade se sent tout à fait bien. Injection d'acide ascorbique, 5 centigrammes.

13 juin. Nouvelle tentative de reprendre le traitement. Injection de 15 centigrammes de Néo-Mesarca dissous dans une solution d'acide ascorbique à $1/100^{e}$ (acide ascorbique 0,10, eau distillée, 10 cc.). Cette injection est parfaitement supportée.

18 juin. Injection de 30 centigrammes de Néo-Mesarca dissous dans la même solution d'acide ascorbique, très bien supportée.

21 juin. Injection de 30 centigrammes de Néo-Mesarca dans la même solution d'acide ascorbique, très bien supportée.

A ce moment, la malade quitte la clinique et termine ambulatoi-

rement une cure salvarsanique ascorbinée d'un total de 4 gr. 50, sans incidents (injections de 30 cgr. de Néo-Mesarca dissous chaque fois dans 10 cc. de la solution d'acide ascorbique à 1/100e).

Observation II

Mme F... Berthe, 34 ans, ménagère.

Syphilis ignorée jusqu'au début d'avril 1935. A cette époque, ictus ; coma pendant deux jours, puis reprise de connaissance avec diminution de la force de la main droite.

Le médecin consulté trouve un Bordet-Wassermann positif et met la malade en traitement salvarsanique.

Du 22 avril au 27 mai, elle reçoit 5 gr. 10 de Néo-Mesarca (dose maxima par injection, 0,60).

L'avant-dernière piqûre occasionne un prurit localisé d'abord aux bras, puis généralisé.

La dernière piqûre (0,60 le 27 mai) est suivie d'un érythème généralisé.

Le 11 juin, la malade entre à la Clinique Dermatologique.

Elle présente une érythrodermie salvarsanique exfoliatrice suintante généralisée et de nombreuses lésions de pyodermite secondaire, surtout aux bras. Le visage, les bras, les membres inférieurs sont le siège d'un très fort œdème qui rend impossible tout traitement par injections intraveineuses, ce qui fait administrer l'acide ascorbique sous forme de comprimés, à raison de 3 comprimés de 5 centigrammes par jour dès le 12 juin.

De plus, selon la technique pratiquée systématiquement à la Clinique Dermatologique, un bain quotidien de permanganate de potasse (2 gr. pour un bain).

14 juin. Diminution de l'œdème et de la rougeur.

15 juin. Amélioration marquée. On augmente la dose d'acide ascorbique à 5 comprimés par jour.

17 juin. Disparition presque complète de l'œdème, la peau du visage ne desquame plus.

23 juin. L'œdème a disparu ; la desquamation du tronc est terminée. Persistance d'un état légèrement squameux de la peau des mains et des pieds.

7 juillet. Guérison de l'érythrodermie.

Persistance d'une sensation de prurit aux jambes, sans autres lésions que des lésions de grattage, et qui cède en quelques jours à des compresses d'eau boriquée.

Observation III

M. W... Louis, 39 ans, cuiseur dans une briquetterie.

Antécédents : rien de particulier.

En janvier 1935, le malade manifeste des idées de grandeur. A la même époque, il se plaint d'une fatigue exagérée après son travail, et d'un tremblement de la main gauche, pour lequel il consulte un médecin.

Le Bordet-Wassermann fait à cette occasion se révèle positif, et le malade, qui dit ignorer tout de sa syphilis malgré de nombreuses possibilités de contamination, est mis en traitement salvarsanique : 7 injections intraveineuses de Néo-Mesarca (doses I, II, III, IV et 3 doses V) sont bien supportées.

7 mai. Dernière injection.

14 mai. Début sur les bras d'une érythrodermie, qui se généralise rapidement à tout le corps.

22 mai. La rougeur et l'œdème gagnent le visage.

25 mai. La malade entre à la Clinique Dermatologique, avec une érythrodermie salvarsanique exfoliatrice suintante généralisée. Température 38°3, Wassermann positif. Vernes 10.

Traitement externe par bains de permanganate sans résultat pendant 10 jours.

5 juin. Le malade reçoit une première injection intraveineuse d'acide ascorbique (acide ascorbique 5 cgr., eau distillée 10 cc.).

6 juin. L'érythème semble avoir diminué ; deuxième injection d'acide ascorbique 5 centigrammes.

7 mai. Diminution manifeste de l'érythème et de l'œdème du visage.

L'état des veines de ce malade rend les injections impossibles. L'acide ascorbique est dès lors administré par la bouche, à raison de 2 comprimés de 5 centigrammes par jour.

Très rapidement, l'état général et cutané s'améliorent. La fièvre tombe au bout de huit jours. La rougeur et l'œdème disparaissent. L'appétit revient. Le malade reprend du poids (53 kg. 600 le 4 juin ; 54 kg. 600 le 18 juin ; 56 kg. 900 le 25 juin).

25 juin. La desquamation, qui était généralisée et abondante, est terminée.

Seuls persistent quelques abcès cutanés, reliquats de la pyodermite secondaire que ce malade a présentée au cours du traitement, et qui ne semblent pas avoir été influencés par l'acide ascorbique. Ils cèdent lentement aux injections d'un auto-vaccin (staphylocoque doré).

Observation IV

M. F... Albert, 50 ans, commerçant.

Chancre syphilitique et roséole à 24 ans (1909). Traité par XXX pilules de Ricord, puis par quelques boîtes de pilules Polak.

Pas d'autre traitement. Aucune manifestation de l'infection jusqu'au printemps 1935 (26 ans de syphilis latente).

13 mai. Le malade se présente à la Policlinique Dermatologique pour une tuméfaction rouge brique datant d'une quinzaine de jours, localisée sur le bout du nez et la cloison médiane. Les bords en sont très nettement limités, sans réaction inflammatoire de voisinage. Aucun symptôme subjectif. La lésion présente l'aspect typique d'une syphilide tubéreuse.

Bordet-Wassermann très positif. Vernes : 60.

Traitement mixte.

1er juillet. Dernière injection de Néo-Mesarca, dose V ; 20e injection de 1 centimètre cube d'Oléo-Bi.

3 juillet. Début sur les quatre membres d'un érythème de type urticarien. Bains d'amidon.

8 juillet. Généralisation de l'érythème, particulièrement marqué aux cuisses, aux fesses et aux bras, qui sont fortement œdématiés. Aux bras et aux oreilles, début de desquamation.

L'éruption prend le type classique de l'érythrodermie salvarsanique.

Le malade reçoit ambulatoirement une première injection intraveineuse d'acide ascorbique (0,10 dans 10 cc. d'eau distillée).

9 juillet. Légère diminution de l'œdème des membres. Deuxième injection intraveineuse d'acide ascorbique, 10 centigrammes.

12 juillet. L'œdème des membres a encore diminué, mais le malade présente un œdème très prononcé du visage.

Cinquième injection d'acide ascorbique (0,10).

14 juillet. Lésions suintantes aux oreilles, aux avant-bras et à la face interne des cuisses ; hospitalisation du malade, qui reçoit un bain quotidien de permanganate de potasse (2 gr. pour un bain) et une injection intraveineuse quotidienne de 10 centigrammes d'acide ascorbique (20 cgr. par injection dès le 16 juillet).

18 juillet. Grosse amélioration. L'œdème et le suintement ont progressivement disparu. L'érythème a diminué.

La desquamation est encore abondante.

22 juillet. La desquamation persiste, mais l'érythème est en voie de disparition. On ne constate plus qu'une légère rougeur au visage et à la face interne des cuisses, au niveau des placards primitifs. Le malade se lève et se sent tellement bien qu'il demande à quitter l'Hôpital.

24 juillet. Guérison du visage.

Persistance d'une légère rougeur aux cuisses. La desquamation est encore marquée aux cuisses et aux bras.

25 juillet. La desquamation est terminée sur le tronc et les membres, sauf aux extrémités, où persiste un état légèrement squameux de la peau.

Observation V

Mlle M..., 24 ans, dactylographe.

Traitée dès septembre 1932 pour une tuberculose fibro-caséeuse de la région para-hilaire droite.

Du 29 novembre 1932 au 5 juillet 1933, *1re cure de chrysalbine :*

22 injections de 5 centigrammes bien supportées et suivies d'une bonne amélioration clinique.

Du 16 mars 1934 au 11 juin 1934, *2e cure de chrysalbine :*

10 injections de 5 centigrammes, bien supportées.

Du 23 octobre 1934 au 11 juin 1935, *3e cure de chrysalbine :*

14 injections très espacées de 5 centigrammes.

Pour les cinq dernières, la chrysalbine était prophylactiquement dissoute dans une ampoule de calcium Sandoz.

11 juin 1935. La malade constate, sur la face externe de son bras gauche une petite lésion arrondie, prurigineuse, qu'elle traite elle-même par des applications de teintude d'iode et d'Antipyol, sans résultat.

24 juin. Début d'un éruption discrète, surtout marquée au bras gauche. Le médecin traitant fait une injection intraveineuse de gluconate de calcium (Sandoz) et nous adresse la malade.

25 juin. Nous constatons sur le bras et l'avant-bras gauches, qui sont légèrement œdématiés, une éruption de petits éléments érythémateux, à peine surélevés, confluents par places et légèrement prurigineux.

L'érythème existe également sur le bras droit, le tronc et les cuisses de la malade, mais plus discret.

Expectative. Bains d'amidon.

28 juin. L'œdème du membre supérieur gauche a fortement augmenté et gagné le dos de la main. Apparition d'un léger œdème au bras droit ; augmentation de l'éruption qui s'est généralisée, mais qui respecte le visage.

L'érythrodermie aurique ne fait plus de doute. Nous faisons à la malade une *première injection intraveineuse d'acide ascorbique* (acide ascorbique, 0,10 ; eau distillée, 10 cc.).

29 juin. Augmentation de l'érythème qui n'est plus surélevé, mais qui conflue en nappe cyanotique sur tout le membre supérieur gauche.

Le reste de l'éruption est également plus marqué que la veille, l'œdème a augmenté.

Deuxième injection d'acide ascorbique, 0,10.

1er juillet. Troisième injection d'acide ascorbique, 0,10.

2 juillet. Œdème sans changement, mais légère diminution de l'érythème. Début d'une desquamation très fine, presque furfuracée, sur le bras gauche.

(Bains quotidiens d'amidon, compresses d'eau amidonnée. Depuis le 2 juillet, injections quotidiennes d'acide ascorbique, 0,10).

5 juillet. L'éruption a presque complètement disparu ; l'œdème des bras a diminué. Par contre, le visage de la malade est très fortement œdématié, mais sans rougeur (pas d'albumine).

État squameux du bras gauche sans changement.

7 juillet. L'érythème a disparu.

Légère diminution de l'œdème du visage et des bras.

10 juillet. Disparition de l'œdème du visage. Diminution de l'œdème des membres.

12 juillet. Le bras droit et la main gauche ont complètement désenflé. Seul le bras gauche, qui ne desquame plus, est encore très légèrement œdématié et conserve sa teinte un peu plus foncée que le reste de la peau.

16 juillet. Plus trace d'œdème. La peau du bras gauche a une consistance encore un peu rugueuse et présente une légère pigmentation brunâtre.

*
* *

En comparant les observations qui précèdent à celles d'autres malades, en relisant les observations d'autres auteurs (Du Bois, Golay et Silvestre, Gougerot, Milian, Tzanck, etc.), on est frappé par la rapidité de la guérison obtenue et par la bénignité qu'affecta le cours de la maladie sous l'influence de l'acide ascorbique.

Jusqu'à présent, l'issue mortelle d'une érythrodermie n'était pas exceptionnelle, et les paroles de Dekeyser au dernier Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française (Lyon, juillet 1934) disent assez ce qu'on pouvait attendre de son traitement :

« Pour l'érythrodermie exfoliante nous sommes désarmés. En dehors des injections désensibilisantes d'hyposulfite de soude à 20 o/o recommandées par Ravaut, nous ne possédons aucun moyen d'agir sur l'organisme. Encore semblent-elles illusoires dans la plupart des cas (1) ».

Des recherches ultérieures, des observations plus nombreuses permettront d'établir une posologie précise de l'acide ascorbique et montreront s'il vaut mieux l'administrer par la bouche ou par voie intraveineuse.

Déjà, cependant, un certain nombre de résultats restent acquis.

Nous avons montré que l'acide ascorbique possède des propriétés

(1) V[e] *Congrès des Derm. et Syph. de langue française*, vol. I, p. 347.

désensibilisantes exceptionnelles, et que ce médicament est capable, aux doses où nous l'avons employé, de modifier profondément l'évolution clinique des érythrodermies, et d'en transformer du tout au tout le pronostic.

En terminant ce travail, nous prions notre Maître, M. le Professeur Du Bois, d'agréer l'expression de notre vive gratitude pour l'intérêt bienveillant qu'il a manifesté pour ces recherches, élaborées dans son service, ainsi que pour l'autorisation qu'il nous a donnée d'utiliser à cette fin le matériel de la Clinique Dermatologique.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en mai 1935.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

Tentatives de transmission héréditaire de l'infection syphilitique inapparente chez la souris blanche, par C. Levaditi, A. Vaisman, Mlles R. Schœn et Y. Manin. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **54**, n° 5, 1935, p. 584.

Voici les conclusions des belles recherches faites par Levaditi et ses collaborateurs à l'Institut Pasteur et à l'Institut Alfred-Fournier. L'infection syphilitique, cliniquement inapparente, de la souris, se traduit, entre autres, par la virulence des organes reproducteurs, testicule, utérus, ovaire, dont certains renferment souvent le *Treponema pallidum.* Le nombre et la répartition des tréponèmes dans l'ovaire et l'utérus ne sont pas modifiés par le cycle œstral folliculinique. Seule la castration ovarienne préalable semble accentuer la parasitose des organes reproducteurs femelles. Les très jeunes souriceaux, même si l'inoculation est pratiquée dès le premier jour de leur naissance, sont susceptibles de contracter la tréponémose. Lorsque le mâle, la femelle, ou les deux conjoints sont syphilisés, jamais il n'a été possible de constater une transmission héréditaire de la syphilis, vérifiable soit par la présence du *Treponema pallidum,* soit par l'inoculation à des animaux réactifs (lapin). La syphilis des procréateurs ne paraît pas non plus influencer manifestement la fécondation, l'incidence des naissances et la mortinatalité. Les rejetons issus de parents contaminés n'héritent d'aucun état réfractaire. La tréponémose ne se transmet pas, chez la souris, par la lactation. En nulle circonstance, l'un des conjoints ne se contamine au contact de l'autre, même s'il y a eu fécondation et naissances intenses de rejetons viables. L'absence ou l'extrême rareté de la transmission héréditaire de la syphilis expérimentale chez les rongeurs (lapin et souris), paraît attribuable à des particularités biologiques et anatomiques du filtre placentaire, dont l'imperméabilité est absolue, chez ces animaux, pendant la vie intra-utérine de l'embryon et du fœtus, alors qu'elle n'est que temporaire chez la femme. H. Rabeau.

Annales des maladies vénériennes (Paris).

Adénites suppurées « à bascule », d'essences différentes issues d'un même chancre (chancre mixte), par S. Nicolau (Bucarest). *Annales des maladies vénériennes,* année **30**, n° 5, mai 1935, p. 321.

Intéressante observation qui montre la possibilité du développement successif chez un même malade et comme suite d'un même chancre (mixte) d'adénopathies suppurées d'essences différentes, ainsi qu'il résulte de l'épreuve antigénique pratiquée avec le pus des différents bubons. Première adénite inguinale droite de nature mixte (chancrelleuse et lymphogranulomateuse) ; seconde adénite inguinale gauche développée deux mois plus tard, de nature purement lymphogranulomateuse ; enfin une troisième, crurale droite, développée un mois après la seconde, de nature également lymphogranulomateuse pure.

H. Rabeau.

Des bons résultats de la méthode épidémiologique en matière de prophylaxie antisyphilitique et de lutte contre la prostitution clandestine, par L. Spillmann et A. Spillmann. *Annales des maladies vénériennes,* année **30**, n° 5, mai 1935, p. 330.

La recherche des origines de contamination des cas nouveaux de syphilis fournit des renseignements intéressants au point de vue prophylactique. Les auteurs publient quatre observations : La première malade, prostituée clandestine atteinte de syphilis secondaire, a quitté l'hôpital non guérie, elle a été l'origine de la contamination du malade n° 2 qui, traité irrégulièrement, contamine la malade n° 3, laquelle est à l'origine de la contamination du malade n° 4. Ces contaminations auraient pu être évitées si la première femme avait été hospitalisée jusqu'à son blanchiment. Si on voulait bien garder à la syphilis son caractère contagieux au même titre que pour les maladies transmissibles ordinaires, on obtiendrait des résultats merveilleux au point de vue épidémiologique.

H. Rabeau.

Qu'est-ce que le gonocoque, par P. Barbeillon. *Annales des maladies vénériennes,* année **30**, n° 5, mai 1935, p. 337, 6 fig.

La recherche du gonocoque par culture est délicate ; ce germe est difficile à cultiver alors que les germes banaux qui l'accompagnent poussent facilement. Parmi eux, il existe des diplocoques Gram négatif (pseudo-gonocoques) que l'on rencontre très fréquemment. Le gonocoque en culture est stable, dans sa morphologie, dans sa coloration, dans ses réactions biologiques, alors que les pseudo-gonocoques sont sujets au polymorphisme. La plupart de ces pseudo-gonocoques, d'ailleurs, poussent sur milieu ordinaire. La spermoculture bien faite avec de bons milieux et élimination des pseudo-gonocoques, révèle environ

5 o/o de gonocoques qui n'avaient pas été mis en évidence par l'examen direct. Le nombre des porteurs de germes se trouve ainsi très réduit si on exige des germes découverts toutes les caractéristiques ci-dessus précisées. H. Rabeau.

Syphilis sans chancre, par Levy-Bing. *Annales des maladies vénériennes,* année 30, n° 5, mai 1935, p. 356.

Un homme ayant eu des rapports avec sa femme alors qu'il présentait un petit chancre érosif, celle-ci est examinée régulièrement, méthodiquement chaque semaine. Au 79e jour d'une incubation possible, l'examen clinique ne révèle aucun signe de contamination. Une séro-réaction faite à ce moment montre un résultat positif. Une semaine plus tard, nouvelle séro-réaction fortement positive. Le lendemain, apparition de quelques taches de roséole (au 84e jour de l'infection).

La recherche clinique la plus minutieuse ne suffit donc pas, et une séro-réaction pratiquée au 40e jour peut être positive alors que le chancre n'a pu être observé ou qu'il est caché. H. Rabeau.

Trois observations de syphilis secondaire sans chancre, par Gougerot, Degos et Meyer-Heine. *Annales des maladies vénériennes,* année 30, n° 5, mai 1935, p. 361.

Gougerot a depuis longtemps insisté sur les syphilis sans chancre, il en apporte avec ses collaborateurs trois nouvelles observations. Deux concernent des anciens syphilitiques qui semblent avoir eu une superinfection dont les premières manifestations ont été des lésions du type secondaire, sans porte d'entrée décelable, mais une adénopathie inguinale, type adénopathie syphilitique primaire ; la troisième est celle d'un malade sans aucun antécédent syphilitique, et sans porte d'entrée visible. H. Rabeau.

Chancre amygdalien associé à une angine diphtérique, par A. Carteaud et M. Vuillaume. *Annales des maladies vénériennes,* année 30, n° 5, mai 1935, p. 364.

Dans cette observation, la diphtérie semble avoir été secondaire, le chancre ayant pu constituer un point de moindre résistance. L'adénopathie aurait pu faire songer à une syphilis, si les circonstances n'en avaient écarté l'idée. Elle montre la difficulté de diagnostic que pose toujours le chancre syphilitique. H. Rabeau.

Bulletin médical (Paris).

Les lésions hybrides syphilo-strumeuses et les formes scrofuloïdes de la syphilis héréditaire tardive, par P. Fernet, Le Baron et Bloch-Michel. *Bulletin médical,* année 49, n° 19, 11 mai 1935, p. 325, 5 fig.

Les auteurs publient deux observations intéressantes de malades présentant des lésions cutanées d'aspect scrofuloïde relevant en réalité de

l'hérédo-syphilis et qui ont guéri rapidement dès qu'un traitement spécifique intensif a été institué. Ils montrent la difficulté du diagnostic clinique. Il faut donc toujours suspecter le rôle de la syphilis et plus spécialement de l'hérédo-syphilis, en présence d'une lésion simulant la scrofulo-tuberculose, non seulement si cette lésion présente quelques atypies, mais surtout si son développement a été particulièrement rapide.

H. Rabeau.

Etat actuel du traitement des brûlures superficielles en pratique courante, par J. C. Rudler. *Bulletin médical,* année **49**, n° 20, 18 mai 1935, p. 343.

Dans les brûlures superficielles étendues, le médecin dispose de moyens efficaces qui permettent le plus souvent de faire franchir aux brûlés la redoutable phase toxique : ces moyens sont le sérum salé hypertonique et le tannage des brûlures par pulvérisation d'une solution d'acide tannique pendant quelques heures après antisepsie préalable. Dans celles de faible étendue, il suffit de panser les brûlures, préalablement nettoyées, avec des compresses imbibées de la solution tannique, entourées de coton non hydrophile et maintenues par des bandes ; lorsqu'on enlève le pansement du douzième au quinzième jour, l'épiderme est parfaitement reconstitué. H. Rabeau.

Pupilles et neurosyphilis, par A. Tournay. *Le Bulletin médical,* année **49**, n° 21, 25 mai 1935, p. 364.

Courte revue générale dans laquelle l'auteur montre l'importance d'un examen soigneux des pupilles pour dépister la neuro-syphilis.

H. Rabeau.

Bulletins et mémoire de la Société de Médecine de Paris.

Traitement des chéloïdes par le radium, par R. Weil. *Bulletins et mémoire de la Société de Médecine de Paris,* année **139**, n° 9, 10 mai 1935.

W. estime que pour éviter le développement de chéloïdes sur les lignes de suture en chirurgie esthétique, il faut appliquer préventivement le radium. Pour les enlever, la méthode d'ablation et d'irradiation simultanée s'impose. H. Rabeau.

Gomme syphilitique du thorax ayant simulé un abcès froid. Guérison radicale par le traitement spécifique, par A. Tardieu et P. Goin. *Bulletins et mémoire de la Société de Médecine de Paris,* année **139**, n° 10, 25 mai 1935, p. 355.

Femme de 32 ans traitée pour un abcès froid de la région sternale, qui s'ulcère ; les caractères de l'ulcération font penser à la syphilis. Un traitement arsénobenzolique amena une guérison rapide et définitive, non seulement de la gomme, mais aussi d'autres lésions qui avaient été considérées comme bacillaires. H. Rabeau.

Comptes rendus de la Société de Biologie (Paris).

L'antitoxine staphylococcique naturelle chez l'homme, par P. Nélis et F. Poncelet. *Comptes rendus de la Société de Biologie,* t. **118,** n° 4, 26 janvier 1935, pp. 312-315.

Chez l'Européen comme chez le Noir adultes, l'antitoxine oscille de 0,15 à 1,5 unité avec un maximum de fréquence de 0,3 à 0,5.

Chez le nourrisson de 2 mois à 2 ans, elle baisse notablement. L'ostéomyélite augmente notablement le taux de l'antitoxine alors que les manifestations cutanées comme la furonculose ne le modifient pas.

A. Bocage.

Influence de la fièvre provoquée sur l'allergie cutanée tuberculinique chez l'homme, par Ch. Gernez et Ch. Marchandise. *Comptes rendus de la Société de Biologie,* t. **118,** n° 5, 14 janvier 1935, pp. 462-464.

Un accès fébrile intense ne modifie pas une cuti-réaction en pleine efflorescence, mais il l'atténue, la retarde, ou même l'empêche complètement d'apparaître (dans 60 o/o des cas), si la scarification est faite moins de cinq heures avant l'élévation thermique.

A. Bocage.

La polypeptidémie dans la paralysie générale ; ses rapports avec les réactions de Wassermann et de Kahn, par A. Brunell. *Comptes rendus de la Société de Biologie,* t. **118,** n° 5, 6 septembre 1934, pp. 479-481.

L'auteur a constaté l'indépendance des réactions sérologiques et du taux des polypeptides. A. Bocage.

La « frigolabilité » et l'autolyse des éléments du liquide céphalo-rachidien, par A. Brunell. *Comptes rendus de la Société de Biologie,* t. **118,** n° 5, 6 septembre 1934, pp. 481-482.

Confirmant les recherches de Kaplan, l'auteur a constaté que l'autolyse des éléments cellulaires est beaucoup rapide dans les liquides rachidiens de paralytiques généraux conservés à la glacière que dans ceux gardés à la température du laboratoire. Comme l'a montré Bonaba, l'addition d'acide acétique entrave l'autolyse et permet de conserver le liquide 48 heures et plus. A. Bocage.

La méthode de Rosenthal pour le traitement de l'intoxication mercurielle aiguë, par E. Hug, A.-J. Llacer et F. Ruiz *Comptes rendus de la Société de Biologie,* t. **118,** n° 6, 20 novembre 1934, pp. 580-581.

L'introduction par voie gastrique (1 gr. par kgr.) ou l'injection intraveineuse (0 gr. 50 par kgr.) 30-45 minutes après celle de sublimé, de formaldéhyde-sulfoxylate de sodium, sauve les chiens en expérience. Ils ne présentent que des lésions très discrètes de glomérulo-néphrite et l'azote non protéique de leur sang ne varie pas.

Le blanc d'œuf par voie gastrique et l'hyposulfite de soude par voie veineuse ne sauvent point les animaux.

La solution à 20 o/o de formaldéhyde-sulfoxylate de sodium se conserve bien en ampoules scellées. A. BOCAGE.

Les variations de la sensibilité cutanée aux rayons ultra-violets chez les endocriniens, par G. LAROCHE, SAIDMAN et SERCADIS. *Comptes rendus de la Société de Biologie,* t. **118**, n° 7, 16 février 1935, pp. 641-643.

Le diabète, même bronzé, la maladie de Basedow, s'accompagnent d'hypersensibilité, les troubles ovariens de modifications dans un sens ou l'autre, l'hypothyroïdie de diminution de la sensibilité — sans qu'il y ait de rapport apparent chez les premiers avec la polyurie, ou chez les autres avec les variations du métabolisme basal.

A. BOCAGE.

Le coefficient de Maillard dans les accidents dus au novarsénobenzol, par R. ZORN. *Comptes rendus de la Société de Biologie,* t. **118**, n° 7, 8 février 1935, pp. 661-664.

Dans les érythrodermies, élévation du coefficient qui, de 7, chiffre normal, dépasse 15, et persiste élevé encore 3 semaines après la guérison clinique de l'érythrodermie. En outre, le coefficient a des oscillations très grandes.

Dans les érythèmes du 9e jour, élévation du coefficient pendant la période d'état, ensuite, le plus souvent, retour à la normale sans élévation nouvelle lors des injections ultérieures de novar.

Dans les autres intolérances, à type de vomissements ou de fièvre, importante élévation du coefficient dans 3 cas sur 5.

A. BOCAGE.

Valeur comparative de quelques réactions de fixation du complément ou de floculation sur le sang dans la syphilis expérimentale du cobaye et de la souris, par A. BESSEMANS et L. ASSAERT. *Comptes rendus de la Société de Biologie,* t. **118**, n° 8, 26 janvier 1935, pp. 800-802.

La positivité est seule pathognomonique, d'ailleurs assez rare dans la syphilis inapparente (13 à 30 o/o), elle n'est guère fréquente (70 o/o) que chez les cobayes porteurs de chancres scrotaux.

A. BOCAGE.

Tentatives de transmission héréditaire de l'infection syphilitique inapparente chez la souris blanche, par C. LEVADITI, A. VAISMAN, et Mlles R. SCHŒN et Y. MANIN. *Comptes rendus de la Société de Biologie,* t. **118**, n° 10, 9 mars 1935, pp. 962-963.

Il n'y a pas, ou très rarement seulement de transmission de la maladie, probablement en raison de l'imperméabilité absolue du filtre placentaire pendant toute la vie intra-utérine des embryons chez les rongeurs étudiés. A. BOCAGE.

Action de certains facteurs non spécifiques sur l'intensité de la cuti-réaction tuberculinique, par Ch. Gernez et Ch. Marchandise. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. **118**, n° 10, 11 février 1935, pp. 997-999.

Au cours de la grossesse, les réactions tuberculiniques positives sont constantes quand la résorption cutanée est lente (mesurée par le test d'Aldrich-Mac Clure et inversement) ; ces résultats ne sont pas valables chez les autres individus.

Les troubles vaso-moteurs des paralytiques s'accompagnent d'augmentation de la cuti-réaction du côté malade.

Il en est de même de l'œdème par compression veineuse (garrot pendant un quart d'heure au moins), ou phlébite. L'oblitération artérielle a un effet inverse. A. Bocage.

Paris Médical.

Formes masquées du chancre de l'amygdale à type d'angines pseudo-phlegmoneuses bilatérales, par P. Halbron et H. P. Klotz. *Paris médical,* année **25**, n° 8, 23 février 1935, pp. 165-166.

Diagnostic fait par la réaction de Wassermann en raison de la résolution tardive et de la ténacité de l'adénopathie, dans deux observations où le début clinique fut celui d'angine aiguë à staphylocoques.

A. Bocage.

Maladie d'Adie et chorio-rétinite syphilitique, par P. Harvier et G. Boudin. *Paris médical*, année **25**, n° 8, 23 février 1935, pp. 177-179.

Femme de 45 ans, ayant une aréflexie tendineuse isolée des membres inférieurs sans autre signe de la série tabétique, une inégalité pupillaire avec diminution et lenteur des réflexes photomoteur et d'accommodation de la pupille droite, en même temps qu'une plaque de chorio-rétinite de l'œil droit, vraisemblablement hérédo-syphilitique.

A. Bocage.

Action activante ou déclenchante de la syphilis primo secondaire et tertiaire sur l'épithélioma, par H. Gougerot, P. Blum, Degos, Pham-Huu-Chi, O. Eliascheff et A. Dreyfus. *Paris médical*, année **25**, n° 9, 2 mars 1935, pp. 190-193, 1 fig.

Deux observations, l'une de gomme se transformant en épithélioma après élimination du bourbillon, l'autre de syphilis récente chez une femme de 61 ans, dont les plaques vulvaires se cancérisent rapidement au cours du premier mois de traitement bismuthique.

A. Bocage.

Les fissures médianes de la lèvre et érysipèle ou association tréponémo-streptococcique, par Mme M. Spitzer. *Paris médical,* année **25**, n° 9, 2 mars 1935, pp. 193-196.

Trois observations de ce type clinique, fissure avec gonflement d'allure

érysipélateuse à poussées récidivantes, tendant vers un état éléphantiasique chez des hérédos.

Le traitement antisyphilitique amena la guérison.

A. Bocage.

Polynévrite arsenicale, par G. Milian. *Paris médical*, année **25**, n° 9, 2 mars 1935, pp. 200-203.

Très courte revue générale. Pour l'auteur, la syphilis est souvent seule cause de formes discrètes avec aréflexie précoce, sans qu'il y ait lieu d'incriminer le traitement. A. Bocage.

La thérapeutique chirurgicale des cancers cutanés, par A. Tailhefer. *Paris médical*, année **28**, n° 11, 16 mars 1935, pp. 240-244.

Revue générale des indications thérapeutiques parmi lesquelles il faut noter l'idée de la nécessité du curage ganglionnaire par électrochirurgie systématique dans tous les cas de nævo-carcinome, même sans adénopathie clinique. A. Bocage.

La Presse Médicale (Paris).

La peau dans l'hyper-parathyroïdisme expérimental. Etude de la sclérodermie expérimentale, par R. Leriche, A. Jung et C. Surreya. *La Presse Médicale*, année **43**, n° 39, 15 mai 1935, p. 777, 9 fig.

L'hyperparathyroïdisme réalisé par des injections de parathormone s'accompagne de lésions tégumentaires. La peau des animaux injectés présente une teneur en eau plus considérable que celle des témoins. La teneur en calcium de la peau double ou triple dès la 2e ou 3e piqûre. L'examen histologique des téguments montre successivement de l'infiltration avec dissociation du derme, une exfoliation considérable de l'épiderme, avec prolifération du tissu conjonctif du derme et destruction partielle, de fortes infiltrations calcaires du derme avec grandes destructions du tissu conjonctif et des annexes de la peau, un amincissement considérable de l'épiderme et une formation conjonctive cicatricielle du derme et de l'hypoderme. Dans les phases de début, il y a discordance entre les résultats des dosages chimiques et les recherches histologiques. Plus tard, dosages chimiques et recherches histologiques concordent.

Comme celles de Seyle, ces expériences apportent un appui considérable à la démonstration de l'origine parathyroïdienne de la sclérodermie. H. Rabeau.

Le traitement du zona, par A. Sézary. *La Presse Médicale*, année **43**, n° 43, 20 mai 1935, p. 867.

S. indique les divers traitements proposés contre le zona et comment de leurs résultats on ne saurait tirer de déductions étiologiques. Il rap-

pelle ses travaux sur le rôle du choc en thérapeutique et plus particulièrement du changement des conditions biologiques générales (allasothérapie). H. Rabeau.

La pommade à l'oxyde jaune de mercure en thérapeutique dermatologique, par A. Sézary. *La Presse Médicale*, année **43**, n° 43, 20 mai 1935, p. 868.

Les pommades à l'oxyde jaune ont une action antiseptique puissante. La formule donnée par Darier dans laquelle l'oxyde jaune est associé à la résorcine et à l'acide salicylique est d'une efficacité remarquable dans les dermatoses microbiennes. S. signale cependant trois inconvénients. Dans environ 3 o/o des cas, elle provoque une dermite artificielle. Il ne faut pas faire précéder son emploi d'un badigeonnage iodé. On ne saurait impunément l'appliquer sur une large surface cutanée de façon prolongée. Il peut se produire, quoique de façon très rare, une stomatite, une albuminurie, dues à l'absorption de mercure par la peau.
H. Rabeau.

Revue française de dermatologie et de vénéréologie (Paris).

Agénésie dentaire, stigmate dystrophique de l'hérédo-syphilis, par G. Milian et L. Lebourg. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, année **10**, n° 10, décembre 1934, pp. 579-597, 3 fig. Bibliographie.

L'agénésie complète de tout un follicule dentaire, à l'exception de celle des dents de sagesse, a une grosse signification en faveur de la syphilis. La plus fréquente est l'absence des incisives latérales, ensuite vient celle des incisives médianes, puis des canines supérieures et des prémolaires inférieures, avec persistance de la dent de lait jusqu'à l'âge de 20 ou 30 ans. Souvent, la première dentition a été normale. L'hérédité n'est pas rare ; des agénésies dentaires analogues peuvent exister chez les collatéraux, l'origine remontant à un ascendant hérédo-syphilitique.

Les auteurs apportent de curieuses observations où une agénésie dentaire fit faire un traitement antisyphilitique qui amena la guérison de divers accidents dont la nature n'apparaissait pas d'emblée.

L'agénésie des dents permanentes date de la 16e à la 36e semaine de la vie fœtale. A. Bocage.

Hérédo-syphilis de seconde génération et superinfection syphilitique, par G. Milian. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, année **10**, n° 10, décembre 1934, pp. 598 600, 1 fig.

Observation d'une femme en pleine syphilis secondaire, présentant par ailleurs des stigmates d'hérédo-syphilis et ayant une fille de 17 mois hérédo-syphilitique. A. Bocage.

L'hérédité syphilitique de deuxième génération, par G. MILIAN. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, année **10**, n° 10, décembre 1934, pp. 601-605.

Courte revue générale. L'auteur ne croit guère à la syphilis « dystrophique » proprement dite, c'est-à-dire sans tréponème ; il pense qu'il s'agit de syphilis directe peu virulente du tissu intéressé (squelette), ou de syphilis indirecte, par exemple tréponémose des glandes endocrines influençant le développement des autres organes. Il a rencontré un cas typique de syphilis virulente de deuxième génération.

A. BOCAGE.

Hérédo-syphilis de seconde génération, par G. MILIAN et DAVID. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, année **10**, n° 10, décembre 1934, pp. 606-608.

Courte observation d'enfant dystrophique dont la mère est hérédo-syphilitique, peut-être même à la deuxième génération.

A. BOCAGE.

Hérédité syphilitique de deuxième génération, par G. MILIAN et L. PÉRIN. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, année **10**, n° 10, décembre 1934, pp. 609 911.

En soignant une femme de 73 ans, atteinte de syphilis tertiaire, on a l'occasion de constater que sa fille et ses petites-filles sont hérédo-syphilitiques alors que son gendre est sain. A. BOCAGE.

Sénilité prématurée du visage : peau citréine et rides chez une femme hérédo-syphilitique de 27 ans, par G. MILIAN. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, année **10**, n° 10, décembre 1934, pp. 612-614.

En plus de l'état spécial de la peau vérifié histologiquement (élastome diffus de Dubreuilh) la malade avait des papules syphilitiques.

A. BOCAGE.

Le traitement de la syphilis par les sels d'or, par MALEKI. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, année **11**, n° 1, janvier 1935, pp. 3-26. Bibliographie.

Revue générale très complète avec quelques observations personnelles. Les sels d'or rendent service, mais il faut les employer à dose importante. A. BOCAGE.

Lichens cornés et verruqueux, lichen spinulosus, lichen plan et pigmenté post-auriques, par H. GOUGEROT, P. BLUM et P. DUREL. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, année **11**, n° 1, janvier 1935, pp. 27-32.

Accidents ayant débuté par une stomatite ulcéreuse qui laissa du lichen buccal et fut suivie de lésions cutanées. Le lichen corné devint spinulosique. Le lichen plan laissa une pigmentation réticulée rappelant la pigmentation arsenicale. A. BOCAGE.

La stomatite aurique, par G. Milian. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, année **11**, n° 1, janvier 1935, pp. 37-46.

L'auteur décrit une stomatite érythémato-érosive opaline, une stomatite ulcéreuse et une stomatite ulcéro-gangréneuse.

La première peu inflammatoire, avec aspect lactescent, puis érosions de la muqueuse, lui paraît être un lichen plan érosif biotropique ; il existe souvent en même temps des papules cutanées. Parmi les autres formes de stomatite aurique, le type gangréneux grave est une agranulocytose biotropique. A. Bocage.

Angine de Schultz et érysipèle au cours d'un traitement par la crisalbine, par G. Milian. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, année **11**, n° 1, janvier 1935, pp. 47-49.

Courte observation sans examen hématologique, mais avec documents bactériologiques et autopsie. A. Bocage.

Eczéma fixe, par G. Milian. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, année **11**, n° 2, février 1935, pp. 68-71.

Observation à propos de laquelle l'auteur exprime l'opinion que cet eczéma fixe, cyanotique, avec lésions histologiques de sclérose, est surtout fonction d'infection et relève de la tuberculose.

A. Bocage.

Eruption morbilliforme purpurique et coma vigil au cours d'un traitement par l'arsénobenzol, par G. Milian et Terrasse. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, année **11**, n° 2, février 1935, pp. 72-74.

Chez un homme de 50 ans, une éruption morbilliforme avec fièvre et état comateux avec contracture de la nuque sans Kernig et hyperalbuminose et hypercytose rachidiennes, font porter le diagnostic d'éruption du 9e jour au cours d'un traitement arsénobenzolique avec méningite syphilitique secondaire. L'enquête montra que le malade avait commencé dix jours auparavant un traitement arséno-bismuthique pour un chancre syphilitique avec sérologie négative.

A. Bocage.

Réaction méningée biotropique au moment de l'invasion secondaire, par G. Milian. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, année **11**, n° 2, pp. 75-77.

Réactions provoquées par le novar, guéries par le cyanure et reprise ultérieure de l'arsenic sans incident. A. Bocage.

Contribution à l'étude des réactions sanguines retardées dans l'évolution de la syphilis acquise, par A. Floquet. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, année **11**, n° 2, février 1935, pp. 78-80.

Mari et femme ont des accidents chancriformes et la sérologie ne devient positive que neuf mois plus tard. N'y aurait-il pas là un virus spécial ? A. Bocage.

Un cas d'intolérance absolue tardive au traitement arsenical. Crise nitritoïde avec hémorragies multiples, par G. Milian. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, année **11**, n° 2, pp. 81-86.

Intolérance apparue à la troisième série avec réveil d'accidents syphilitiques. La malade était très peu sensible à l'action de l'adrénaline.

A. Bocage.

Syphilis maligne retardée, par G. Milian, Boulle, Devaux et Valcarénas. *Revue française de dermatologie et de vénéréologie*, année **11**, n° 2, pp. 87-88.

Ulcérations syphilitiques secondaires remplaçant la roséole à la suite d'un chancre insuffisamment traité. A. Bocage.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Sur la morphologie de l'appareil réticulaire interne (Golgi-Kopsch) des cellules sébacées de l'homme (Zur Morphologie des Binnennetzes (Golgi-Kopsch) der menschlichen Talgdrüsenzellen), par N. Melczer. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **71**, f. 4, mai 1935, p. 129, 1 f.

Entre l'appareil des cellules sébacées jeunes et l'appareil des cellules évoluées, il existe de notables différences. Dans les premières, l'appareil de Golgi a un aspect réticulaire et un siège péri-nucléaire : il est composé d'éléments, au nombre de 4 à 10, souvent indépendants les uns des autres. Quand débutent la surcharge graisseuse et la nécrobiose, l'appareil devient moins net ; cependant, les éléments restent visibles aux environs du noyau, puis il prend un aspect diffus et ne se traduit plus que par la présence dans le protoplasma de tronçons disséminés.

L. Chatellier.

L'infection par Trichomonas vaginalis (Die Trichomonas-vaginalis Infektion), par A. Ackermann, *Dermatologische Zeitschrift*, t. **71**, f. 4, mai 1935, p. 132.

Excellente revue générale, bien documentée, sur les localisations génitales, urinaires ; sur la contagiosité, le diagnostic et le traitement de l'infection à *Trichomonas vaginalis*. Cette affection est plus fréquente chez la femme, où la grossesse, la menstruation, la blennorragie, la promiscuité génitale favorisent son développement. *Trichomonas vaginalis* ne se localise pas seulement au vagin et au col utérin ; il peut envahir les glandes génitales et l'urèthre. La transmission à l'homme provoque une uréthrite souvent rebelle, de la balano-posthite. Pour A., le meilleur traitement est le devegau en tablettes (spirocid, acide borique et excipient hydrocarboné) qu'on introduit dans le vagin ; pour l'urèthre, crayon de yatren (3-10 o/o) ou lavages avec une solution à 3 o/o ; l'oxycyanure de mercure à 1 p. 10.000 est efficace.

L. Chatellier.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Psoriasis et angine (Psoriasis und Angina), par B. Römer. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, nº 18, 4 mai 1935, p. 505.

Récemment, l'on a émis l'opinion que le psoriasis devait se rapporter le plus souvent à un foyer infectieux buccal (amygdalites, caries dentaires, granulome, pulpite, etc.), d'où partiraient microbes et toxines qui agiraient soit directement sur la peau, soit indirectement par lésions des glandes endocrines. A Heidelberg, R. a réuni 40 cas de psoriasis venus à la clinique : chez 22 malades, il existait un foyer buccal, 1 fois une furonculose. L'éruption cutanée après une angine est relativement fréquente, elle prend surtout l'allure d'un psoriasis à petites papules. Dans les cas d'angine aiguë fébrile, l'éruption apparaît en règle 2-3 semaines après. Dans bon nombre de cas, le psoriasis a commencé après l'angine ; d'autres fois, il était accompagné de signes d'amygdalite chronique. Ces constatations sont de nature à confirmer l'hypothèse que le psoriasis n'est pas dû à un microbe spécifique, mais que des micro-organismes variés, en pénétrant dans la peau par voie sanguine, peuvent déclencher l'éruption. La conclusion thérapeutique est la nécessité de détruire le foyer buccal. L. Chatellier.

Sur la syphilis tertiaire (Ueber die tertiäre Lues), par S. V. Szentkiralyi. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, nº 18, 4 mai 1935, p. 509, 5 fig.

Trois observations de lésions tertiaires graves des membres inférieurs : 2 ulcères de jambe, dont l'un s'est compliqué d'éléphantiasis ; 1 cas d'ulcères syphilitiques très étendus, où la guérison s'est faite par de larges ponts cicatriciels qu'on rencontre en général dans la tuberculose. L. Chatellier.

Le traitement des muqueuses par les rayons limites (Die Behaudlung der Schleimhäute mit Grenzstrahlen, par A. Berger. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, nº 18, 4 mai 1935, p. 514, 4 fig.

Article consacré à la description d'un appareil permettant aisément l'irradiation des muqueuses buccale, gutturale, nasale et même de l'oreille. L. Chatellier.

Sur l'action anti-inflammatoire des colorants colloïdaux (Ueber die gegenentzundliche Workung der kolloidalen Farbstoffe), par L. N. Maschkilleisson et L. A. Abramowitsch. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, nº 19, 11 mai 1935, p. 536.

M. et A. ont voulu vérifier le pouvoir empêchant des colorants colloïdaux dans les réactions à des antigènes divers. Ils ont choisi le bleu trypan, d'observation plus commode. Ils se sont servi de tuberculine à 10-25 o/o appliquée par scarification, de trichophytine à 1/50e et de

staphylotoxine à 1/100e, tantôt en mélangeant le bleu à la solution employée, tantôt, pour la tuberculine, en injectant le bleu 24 heures avant de pratiquer l'inoculation. Avec les trois substances, les auteurs ont noté une diminution très notable de la réaction ; pour la tuberculine, cette atténuation n'était sensible qu'après un temps assez long allant de 24 à 72 heures. Même influence du bleu avec des agents chimiques (serpentine) ou physiques (ultra-violets). Le bleu trypan au 1/100e, en applications locales a paru, dans les eczémas aigus, calmer l'inflammation et surtout le prurit. L. CHATELLIER.

Sur les cellules éosinophiles dans le sang des lépreux (Ueber die eosinophilen Zollen im Blutbilde der Leprakranken), par Svend LOMHOLT et J. ENGELBRETH-HOHN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 19, 11 mai 1935, p. 541.

Ce sont des remarques à propos de l'article de Parmakson (*eod. loc.*, 1935, n° 10, p. 285), Lomholdt, ayant traité par l'antiléprol diverses dermatoses, a constaté après le traitement une très forte éosinophilie sanguine (64 o/o) ; il confirme l'opinion de P. que cette modification sanguine n'est pas propre à la lèpre.

Engelbreth-Hohn, s'il constate chez les lépreux une éosinophilie postthérapeutique, n'en fait pas un signe pronostic de l'efficacité du traitement, car il l'a provoquée expérimentalement chez l'animal par des injections intraveineuses de diverses huiles : antiléprol (qui par voie intramusculaire n'en détermine pas), huile de paraffine.

L. CHATELLIER.

Goudron « synthétique » en dermatologie (« Synthetischer» Teer in der Dermatologie), par F. DUFKE. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 19, 11 mai 1935, p. 542.

Le pixal, qui est une préparation de goudron synthétique, s'est montré doué de propriétés antiprurigineuses et anti-acanthosiques, qui font son efficacité dans l'eczéma subaigu et, à fortes concentrations (400 o/o), dans les lichénifications ou les neuro-dermites. Il est utile dans le psoriasis, le lichen plan, la séborrhée du cuir chevelu. Il n'est pas toxique, ni irritant, ni désagréable d'odeur.

L. CHATELLIER.

Sur la valeur de la méthode interferomatique de la réaction d'Abderhalden au point de vue clinique (Ueber den Wert der interferomatrischen methode der Abderhaldenschen Reaktion für klinische zweeke), par T. GRÜNEBERG. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 20, 18 mai 1935, p. 557.

G. répond aux critiques de Berggreen. La technique proposée par Wadel met à l'abri des erreurs et des insuffisances reprochées à la réaction. G. rappelle les travaux qui en confirment la valeur pratique dans maintes dermatoses. L. CHATELLIER.

Un cas de porokératose de Mibelli (Ein Fall von Porokeratosis Mibelli), par K. Kauczynski. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 20, 18 mai 1935, p. 561, 6 fig.

Observation typique d'une porokératose de Mibelli, avec bonne étude anatomo-pathologique, qui confirme l'origine des lésions autour des conduits sudoripares, sans rien apporter à l'étiologie et à la pathogénie de cette affection, toujours inconnues. L. Chatellier.

Lésion singulière par le bismuth ; contribution à la pharmacodynamie et à la toxicologie du bismuth (Eigenartige Wismutschädigung; zugleich ein Beitrag zur Pharmakodynamik und Toxikologie des Wismuts), par H. Sauferlin. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 21, 25 mai 1935, p. 585.

Les manifestations hémorragiques au cours du traitement bismuthique ne sont pas très fréquentes ; tantôt hémorragies à distance, tantôt hémorragies locales aux environs de l'injection. Ces dernières paraissent liées à une accumulation locale du médicament, dont on sait les affinités pour les tissus pathologiques, en particulier pour les lésions syphilitiques. S. en rapporte l'exemple suivant : un jeune homme, à la période primaire, reçoit un traitement mixte ; au cours des injections bismuthées, l'on voit apparaître sur la face interne de la cuisse gauche, le long du trajet de la saphène, un liseré hémorragique qui parcourt toute la cuisse et descend un peu sur la jambe ; pas d'œdème ; pas de fièvre. Le traitement est continué et le malade est mis au repos. Le liseré hémorragique s'étend et se fonce. Aucun signe hématologique. Les injections de bismuth sont arrêtées et peu à peu le liseré s'atténue, mais il persiste une pigmentation visible un an après. Il s'agit d'une phlébite syphilitique précoce, qui a été un point d'appel pour le bismuth. Cette conception est vérifiée par les constatations expérimentales et par l'examen histologique d'un ganglion prélevé sur le malade, qui démontrent les affinités du bismuth pour les tissus pathologiques, en particulier syphilitiques, où il s'accumule volontiers, comme l'avaient montré Heuck et Vonkennel.

L. Chatellier.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Sur le traitement des brûlures (Zur Therapie der Verbrennungen), par L. Artz. *Wiener Klinische Wochenschrift* (*Festschrift*), année **48**, n° 20, mai 1935, p. 644, 1 f.

A propos de 9 observations de brûlures graves, A. insiste sur la nécessité de travaux nouveaux sur le pronostic des brûlures, qui ne dépend pas seulement de la masse des tissus brûlés, comme l'ont depuis longtemps établi Weidenfeld et V. Zumbusch, mais surtout des possibilités de résorption, car au niveau des brûlures se forment des

corps toxiques. D'où l'intérêt dans certains cas de l'excision des tissus nécrosés et l'efficacité de la transfusion sanguine, même dans les cas les plus graves. L. CHATELLIER.

Sur l'excrétion urinaire de mélanogène dans la mélanosarcomatose (Ueber Melanogenausscheidung im Ham bei Melanosarkomatose), par O. FURTH, A. FRIEDRICH et H. KAUSNITZ. *Wiener Klinische Wochenschrift* (*Festschrift*), année 48, n° 20, mai 1935, p. 655.

A propos de deux observations de mélanosarcomatose, les auteurs font une étude chimique du mélanogène excrété par l'urine. Dans cet article, l'on trouvera des renseignements précieux sur la structure et les réactions du mélanogène urinaire. L. CHATELLIER.

« De allergisation » ou désensibilisation comme fondement d'un traitement anti-allergique (De allergisterung oder Desensibilisierung als Grundlage der antiallergischen Therapie), par E. URBACH. *Wiener Klinische Wochenschrift* (*Festschrift*), année 48, n° 20, mai 1935, p. 677.

Les méthodes de désensibilisation ont pour objet d'accroître les anticorps du sang circulant ; de la sorte l'introduction de l'antigène provoque une réaction humorale antigène-anticorps, et non la réaction cellulaire qui constitue les manifestations cliniques de l'allergie. Mais ces procédés aboutissent à une sensibilisation excessive des tissus.

Les méthodes de « déallergisation », au contraire, se proposent la neutralisation des anticorps par introduction successive d'antigène ; il en résulte une saturation complète des anticorps tissulaires et aussi pas de formation nouvelle d'anticorps spécifiques. Ces méthodes comportent la réallergisation spécifique, spontanée ou provoquée (streptophylaxie), la déallergisation métaspécifique et la déallergisation non spécifique (division valable pour la désensibilisation aussi). La déallergisation est supérieure à la désensibilisation. L. CHATELLIER.

Contribution à la statistique de la syphilis. Résumé comparatif du matériel clinique des années 1919, 1928 et 1933 (Beitrag zur Statistik der Syphilis. Vergleichende zusammenfassung des klinischen Materials in den Jahren 1919, 1928, 1933), par A. BEIER. *Wiener Klinische Wochenschrift* (*Festschrift*), année 48, n° 20, mai 1935, p. 704.

B., de l'étude comparative des malades soignés à la clinique dermatologique de Vienne pendant les années 1919, 1928, 1933, conclut que :

1° La syphilis a diminué de 1919 (419 cas) à 1928 (207), pour subir une nouvelle augmentation en 1933 (276) ; en 1919, les malades femmes étaient beaucoup plus nombreuses (289) que les hommes (180) ; ensuite, la supériorité des chiffres masculins s'est rétablie et maintenue.

2° La plus grande fréquence de la syphilis se rencontre entre 30 et 40 ans pour la femme, entre 20 et 30 pour l'homme ; il n'y a aucun rapport entre les périodes de l'année et le nombre des syphilis traitées.

3° Il semble que, depuis 1919, les malades se soumettent plus tôt

au traitement, sauf chez les femmes où la plupart des cas appartiennent à la période exanthématique.

4° Il est difficile de connaître exactement le résultat et le pronostic des traitements institués, car les malades se divisent volontiers entre les diverses organisations publiques chargées des syphilitiques. Les formes tertiaires graves sont devenues rares.

L. Chatellier.

La paralysie générale est-elle due à des auto-anticorps contre la substance cérébrale ? (Ensteht die progressive Paralysie durch Autoantikörper gegen Hirnsutstanz), par R. Brandt. *Wiener Klinische Wochenschrift* (*Festschrift*), année **48**, n° 20, mai 1935, p. 708.

L'existence d'anticorps spécifiques d'organes a conduit peu à peu à admettre l'hypothèse que la paralysie générale était due à l'action de ces anticorps anticérébraux. Witebsky en particulier, s'appuyant sur les constatations antérieures, plus ou moins discutées du reste, a conclu de ses expériences que l'apparition, dans un organisme, d'anticorps anticerveau, détermine une destruction progressive de la substance cérébrale, destruction qui provoque à son tour la formation de nouveaux anticorps. D'où l'évolution inexorable de la paralysie générale, car, en outre, les lipoïdes du spirochète sont identiques aux lipoïdes centraux, et donc les anticorps antispirochètes peuvent attaquer à leur tour la substance cérébrale. Mais à cette théorie s'opposent le fait que l'existence de ces anticorps n'est nullement démontrée, que leur action nocive sur le système nerveux n'est pas davantage assurée et que la circulation du liquide permet mal d'expliquer l'action nocive et que le liquide de paralytique général différencie quantitativement du liquide positif sans symptôme. Aussi B. rejette-t-il la conception de Witebsky.

L. Chatellier.

Sur le traitement et le pronostic de la paralysie générale juvénile (Zur Therapie und Prognose der juvenilen Paralyse), par C. Pahisa. *Wiener Klinische Wochenschrift* (*Testschrift*), année **48**, n° 20, mai 1935.

La paralysie générale juvénile a toujours passé pour une affection de mauvais pronostic. L'introduction de la pyrétothérapie n'a guère amélioré le pronostic. La malariathérapie semble l'avoir amélioré sensiblement. Ainsi P. rapporte 30 cas ainsi traités depuis 1929. Trois d'entre eux sont à éliminer de cette étude (forme terminale, intolérance au traitement, malade perdu de vue rapidement). Des 27 restants, il y eut : 4 rémissions complètes, 6 bonnes améliorations, 5 médiocres, 6 stationnaires, 6 non modifiés ou fatals. P. compare ses résultats à ceux d'autres auteurs antérieurs et marque l'efficacité réelle de la malariathérapie. Il tire aussi de ses constatations la notion de l'extrême utilité d'un traitement antérieur bien fait, d'une surveillance liquidienne et psychique des hérédos ; en effet, sur 4 rémissions complètes, 3 se sont

rencontrées chez les petits malades ayant subi plusieurs cures et suivis régulièrement. Le rapport inverse existe quand il n'y a eu aucun traitement. L. CHATELLIER.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Un cas de mélanose de Riehl ; essai de classification des poïkilodermies (A case of Riehl's melanosis with notes on the classification of the poïkilodermias), par KINNEAR. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, n° 559, mai 1935, p. 191.

Discussion et essai de classification des poïkilodermies à l'occasion d'un cas de mélanose de Riehl.

D'après l'auteur, les diverses formes qui ont été décrites peuvent se réduire à deux groupes :

1° La poïkilodermie de Jacobi, plus ou moins généralisée, caractérisée par des télangiectasies et des atrophies prononcées et quelquefois des lésions similaires des muqueuses et la poïkilodermatomyosite de Petges, qui en constitue une variété spéciale.

2° La mélanose de Riehl, caractérisée par sa localisation à la face, au cou et aux membres supérieurs, s'accompagnant d'hyperkératoses folliculaires ; les télangiectasies et les atrophies ne sont pas constantes et toujours peu prononcées. La poïkilodermie de Civatte appartient à ce groupe ainsi que les poïkilodermies d'origine externe, dues à l'action de l'huile, du goudron et de leurs dérivés. S. FERNET.

Revista argentina de Dermatosifilologia (Buenos-Aires).

Toxidermie chez un malade atteint de syphilis secondaire. Anergie cutanée péri-lésionnelle et leucodermie consécutives (Seconde communication (Toxidermia en un sifilitico secundario. Anergia cutanea perilesional y leucodermia consecutivas (Segunda comunication), par PEDRO L. BALINA. *Revista argentina de Dermatosifilologia*, t. **18**, 2e partie, mars 1935, p. 51, 6 fig.

Une érythrodermie vésiculo-œdémateuse post-arséno-bismuthique respecte des îlots arrondis de peau. Chacun d'eux est centré par une macule hyperpigmentaire, représentant une séquelle de syphilide papuleuse. Une mélanodermie consécutive laisse également subsister autour de ces éléments presque nigricants un large anneau hypochromique.

La recherche du réflexe pilo-moteur montre que l'érection folliculaire ne se produit pas sur les îlots hypochromiques.

L'épreuve de l'histamine donne sur quelques-uns de ces îlots une réaction exclusivement papuleuse, sans halo érythémateux.

J. MARGAROT.

Myosite syphilitique scléro-gommeuse (Miositis sifilitica esclerogomosa. A proposito de un caso), par Pedro L. Balina et Luis E. Pierini. *Revista argentina de Dermatosifilologia*, t. **18**, 2e partie, mars 1935, p. 67, 5 fig.

Cinq ans après un chancre, on observe un œdème de la jambe droite avec douleurs dans le genou et la cheville. Bientôt se constitue une induration ligneuse de la masse musculaire des jumeaux. Une syphilide tuberculo-serpigineuse discrète apparaît sur la peau du mollet.

Les réactions sérologiques confirment le diagnostic de syphilis. Un examen histologique établit la nature spécifique de la myosite.

L'observation doit être classée parmi les faits de même ordre qui ont été étudiés par Favre et sur lesquels cet auteur a eu le mérite d'attirer l'attention. J. Margarot.

Syphilis mutilante (Sifilis mutilante), par Luis A. Cordiviola. *Revista argentina de Dermatosifilologia*, t. **18**, 2e partie, mars 1935, p. 78, 6 fig.

Une femme de 23 ans présente une syphilis osseuse mutilante du membre supérieur droit avec cicatrices rétractiles semées d'orifices de fistules, déformations, impotence fonctionnelle.

Une radiographie met en évidence de multiples caries du squelette de la région. L'examen histologique d'un nodule prélevé sur l'épaule montre l'aspect typique des gommes miliaires de Darier.

J. Margarot.

Relation entre la fréquence du tabès et l'âge auquel la syphilis est contractée (Relacion entre la frequencia de la sifilis et la edad en que se adquise la syphilis), par Jose Luis Carrera. *Revista argentina de Dermatosifilologia*, t. **18**, 2e partie, mars 1935, p. 94.

Au-dessous de 20 ans, le nombre des contaminations des futurs tabétiques est de 12 o/o du total des cas de syphilis contractées à cet âge. Il est de 40 o/o à 20 ans et seulement de 28 o/o à 30 ans.

D'après l'auteur, la différence des derniers chiffres s'expliquerait par la négligence des sujets jeunes, qui se soumettent moins facilement à un traitement régulier que les personnes d'âge mûr.

J. Margarot.

Nécessité de l'étude du liquide céphalo-rachidien dans la famille des paralytiques généraux (Necesidad del estudio del liquido cefalorraquideo en la familia de los paraliticos generales), par Jose Luis Carrera. *Revista argentina de Dermatosifilologia*, t. **18**, 2e partie, mars 1935, p. 96.

Il n'est pas de règle que les enfants de paralytiques généraux soient atteints de neuro-syphilis. J. L. C. a observé dans deux familles des anomalies du liquide céphalo-rachidien chez certains d'entre eux. Il s'agit habituellement de réactions très légères, non accompagnées de signes cliniques.

Par contre, la ponction lombaire n'a jamais montré de modifications

du liquide chez des descendants de tabétiques, alors même que l'on trouvait chez eux des signes d'hérédo-syphilis et des réactions sérologiques positives dans le sang. J. MARGAROT.

Traitement précoce de la syphilis et liquide céphalo-rachidien (Tratamiento precoz de la sifilis y liquido cefalorraquideo), par Jose Luis CARRERA. *Revista argentina de Dermatosifilologia*, t. 18, 2e partie, mars 1935, p. 98.

Une syphilis récente — quelle que soit l'étape à laquelle elle se trouve — traitée régulièrement et d'une façon intensive par un traitement arsénobenzolique et bismuthique conjugué, d'une durée minimum de 3 années, ne donne jamais d'accidents nerveux, sauf de rarissimes exceptions. J. MARGAROT.

Un cas de lèpre maculo-anesthésique guéri depuis 20 ans (Un caso de lepra maculo-anestesica curado desde hace veinte anos), par Pedro L. BALINA et Guillermo BASOMBRIO. *Revista argentina de Dermatosifilologia*, t. 18, 2e partie, mars 1935, p. 101.

Un malade, reconnu atteint de lèpre 28 ans auparavant par deux spécialistes, ne présente aucune lésion en activité. On ne trouve chez lui qu'un petit îlot d'anesthésie cutanée sur l'avant-bras gauche.

J. MARGAROT.

Le test léproline (El leproline test), par José M. M. FERNANDEZ. *Revista argentina de Dermatosifilologia*, t. 18, 2e partie, mars 1935, p. 108.

La réaction à la léproline est un élément de pronostic important dans l'évolution de la lèpre. Les résultats qu'elle donne concordent avec l'indice de sédimentation.

Dans les formes cutanées de la maladie, elle donne un chiffre élevé de négativités. Par contre, les réponses positives sont fréquentes dans la lèpre nerveuse.

Les poussées auxquelles on donne le nom de *réaction lépreuse* comportent un pourcentage moins élevé de positivités que les formes évolutives habituelles.

Il ne paraît exister aucune relation entre le traitement par les préparations à base d'huile de Chaulmoogra et la réaction à la léproline.

Chez les enfants sains ou suspects, âgés de moins de 3 ans, la réaction est, en règle générale, négative. J. MARGAROT.

Les nouvelles théories de l'Ecole Saint-Lazare relatives à la lèpre (Las nuevas teorias acerca de la lepra, de la escuela de San Lazaro), par José M. M. FERNANDEZ. *Revista argentina de Dermatosifilologia*, t. 18, 2e partie, mars 1935, p. 129.

En léprologie, les recherches des dernières années ont surtout porté sur le problème thérapeutique. Laissant de côté l'énorme bibliogra-

phie de ces travaux, J. M. F. se borne à analyser les théories actuelles de l'École de Saint-Lazare de Manila.

L'évolution du cycle histologique des lésions lépreuses comporte, d'après Manalang, quatre étapes : 1° une infiltration cellulaire péri-vasculaire, bactériologiquement négative (macule précoce des enfants) ; 2° une réaction tuberculoïde, bactériologiquement négative ; 3° un tubercule, généralement fibreux, bactériologiquement positif ; 4° un léprome typique, riche en bacilles.

D'autre part, le cycle évolutif de l'agent pathogène présente, comme dans la tuberculose, une étape virulente microscopiquement invisible. Elle correspond à la phase d'infiltration péri-vasculaire, à la formation d'une lépride (tuberculoïde) et à l'apparition postérieure de cellules géantes.

Les granules acido-résistants apparaissent en même temps que la réaction tissulaire fibreuse commence. Au fur et à mesure que la fibrose progresse, on voit apparaître des bacilles diphtéroïdes acido-résistants et enfin des bacilles typiques.

En somme, dans la lèpre, les réactions tissulaires seraient en raison inverse du nombre des germes visibles. Manalang conclut que dans le cycle vital du germe lépreux, le virus non acido-résistant serait seul doué d'activité.

Cette notion explique l'inefficacité habituelle du traitement par l'huile de Chaulmoogra et ses dérivés. Ces diverses préparations n'agissent que sur les lésions adultes et se révèlent impuissantes contre les altérations initiales en rapport avec l'étape virulente invisible du germe.

Les faits cliniques, les investigations faites avec le test à la léproline, les essais d'inoculation semblent établir la réceptivité du seul enfant vis-à-vis de la lèpre et l'immunité à peu près complète des adultes.

La prophylaxie doit s'inspirer de cette notion plutôt que se baser sur la distinction ancienne des formes ouvertes et des formes fermées de la maladie. J. MARGAROT.

Sur la contagion de la lèpre (A propos de la communication du docteur Fernandez) (Sobre contagion de la lepra) (A proposito de la communicacion del docteur Fernandez), par Pedro L. BALINA. *Revista argentina de Dermatosifilologia,* t. **18**, 2e partie, mars 1935, p. 141.

Les théories révolutionnaires de l'École de Saint-Lazare offrent un grand intérêt, mais ne sont pas démontrées. On ne saurait nier la transmission de la lèpre à des adultes.

La Norvège, dont les règles prophylactiques ont servi de modèle à beaucoup de pays, a réussi à vaincre à peu près complètement le fléau en réalisant surtout l'isolement des malades atteints de lésions ouvertes.

J. MARGAROT.

L'épreuve de l'histamine dans le diagnostic de la lèpre. Priorité de l'auteur (La prueba de la histamina en el diagnostico de la lepra. Su priori-

dad), par Luis E. Pierini. *Revista argentina de Dermatosifilologia*, t. **18**, 2e partie, mars 1935, p. 144.

Chez les lépreux l'épreuve de l'histamine se caractérise par l'absence constante de l'érythème qui entoure l'élément central d'un halo périphérique. Le texte d'un travail, paru le 30 avril 1931, établit la priorité de l'auteur dans la découverte de ce caractère spécial de la réaction au cours de la maladie de Hansen. J. Margarot.

Les réactions sérologiques dans la lèpre. Leur état actuel (Las reacciones serologicas en la lepra. Su estado actual), par C. Rubino. *Revista argentina de dermatosifilologia*, t. **18**, 2e partie, mars 1935, p. 147.

C. R. indique la technique de sa réaction et fait une étude critique des différentes réactions sérologiques utilisées dans la lèpre. La réaction de Botelho manque de spécificité. La réaction de Eitner, assez sensible, a l'inconvénient de donner des résultats positifs avec les sérums syphilitiques. La réaction de Gomez existant isolément n'est pas suffisante pour permettre d'affirmer le diagnostic de lèpre.

La réaction de Rubino, moins sensible que les précédentes, donne un pourcentage de cas positifs relativement peu élevé, surtout lorsqu'il s'agit de formes nerveuses de la maladie, mais elle est absolument spécifique et son utilité tient surtout à sa constante négativité chez les individus non lépreux.

D'après C. R., il est difficile pour le moment d'établir une corrélation entre la réaction et le degré d'évolution de la lèpre par suite de notre ignorance des facteurs de positivité. Seule, une large expérimentation dans les milieux infectés pourra fixer définitivement la valeur de la réaction de Rubino pour le dépistage des formes initiales ou larvées de cette affection. J. Margarot.

Archives of Dermatology and syphilology (Chicago).

Les lésions cutanées de la leucémie à monocytes (The dermatosis of monocytic leukemia), par Mercer. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **31**, n° 5, mai 1935, 10 fig.

La leucémie à monocytes, récemment isolée, peut, comme toute autre leucémie, s'accompagner de lésions des téguments.

M. en a observé deux cas. L'affection a débuté par de la tuméfaction et des ulcérations de la muqueuse buccale (voûte palatine, langue, gencives) et des lésions érythémateuses, papuleuses et nodulaires disséminées sur le corps et dont certaines s'ulcéraient. Les lésions érythémateuses présentaient une teinte bleutée très particulière. Toutes ces lésions étaient de véritables tumeurs leucémiques, constituées par des infiltrats denses de monocytes.

M. considère cette éruption d'aspect assez spécial comme caractéris-

tique de la leucémie à monocytes au même titre que les tumeurs cutanées généralisées ou circonscrites sont caractéristiques des leucémies lymphoïdes. S. FERNET.

Extension d'un muguet de la bouche à la peau (Cutaneous moniliasis associated with oral thrush), par DOWNING et HAZARD. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **31**, n° 5, mai 1935, p. 636.

Description d'un cas rare de moniliase de la cavité buccale, de la face et des ongles chez un jeune tuberculeux. Les lésions de la face étaient hyperkératosiques et croûteuses, disséminées sur les joues, le nez, les lèvres ; elles dataient de 18 mois et récidivaient malgré tous les traitements. Plusieurs ongles étaient atteints. Agglutination positive par le sérum du malade ; intradermo négative.

Les auteurs étudient longuement les caractères mycologiques de la levure en cause : *Monilia* ou *Parasaccharomyces*. S. FERNET.

Orvosi Hetilap (Budapest).

La question des ferments en dermatologie, par Berta OTTENSTEIN. *Orvosi Hetilap,* année **79**, n° 18, 4 mai 1935, pp. 506-508.

On note une augmentation des diastases cutanées, dans la syphilis, déjà souvent dès le 4e jour de l'infection et d'une façon constante après ; ce qui fait penser à une modification notable des colloïdes de la peau.

Les enzymes sanguins examinés chez des malades souffrant de dermatoses présentent une grande variabilité. L'auteur suppose une relation entre la réaction de Wassermann positive et l'augmentation des lipases sanguines ainsi qu'entre celles des lipases du liquide céphalo-rachidien. Dans le diabète, ainsi que dans les différentes affections cutanées diabétiques, les enzymes du sang sont diminués. O. a essayé de suppléer à cette diminution en introduisant des diastases par voie cutanée. La méthode employée a été le badigeonnage avec une suspension de diastases, à la suite duquel le sucre sanguin diminua de 20 mgr. o/o, on a pu noter, par contre, un accroissement des enzymes sanguins. Il est intéressant de mentionner que Winkler, dans certaines dermatoses (urticaire, strophulus, chéloïdes), recommande l'introduction des hormones par pommade.

L'action des diastases est en relation avec le fonctionnement des nerfs cutanés. E. F. Müller mentionne le premier qu'entre l'innervation de la peau et celle du foie il y a un rapport et, à l'état normal, un équilibre. L'excitation du parasympathique provoque un abaissement du sucre sanguin, tandis que le sympathique agit sur la glycogénèse hépatique en le stimulant par l'intermédiaire du centre glyco-régulateur. L'action des diastases par badigeonnage s'explique ainsi par le fonctionnement du système sympathico-parasympathique, ce que confirme

encore l'expérience de Csépai. (La sensibilité adrénalinique, mesurée à la suite d'injection intraveineuse d'une minime quantité d'adrénaline par la modification de la pression artérielle, décroît après le badigeonnage avec des diastases. Le pouls, de même, se ralentit au lieu de s'accélérer). L'introduction des diastases a été réalisée tout récemment par l'électro-cataphorèse. L'auteur n'ayant pas terminé ses recherches ne fait que noter l'importance thérapeutique de la pénétration des diastases.

BALASFFY-BLASKO.

Lymphocytome miliaire cutané, par Charles BERDE et Michel LANG. *Orvosi Hetilap*, année **79**, n° 20, 18 mai 1935, pp. 555-557.

Observation d'un cas de lymphocytome miliaire chez un malade de 29 ans, existant depuis une douzaine d'années, localisé à la partie moyenne de la face antérieure des cuisses, sur l'étendue d'une paume de main, atrophiée. Nombreux sur la cuisse gauche, on n'en compte que 3-4 sur la droite ; ils sont isolés les uns des autres, se groupant en petits amas, eux-mêmes séparés par des intervalles de peau saine, larges de 2-15 millimètres. Leur dimension ne dépasse pas celle d'une tête d'épingle ou d'une lentille. Aucune lésion secondaire n'est visible.

Histologiquement, la lésion siège dans le derme, surélevant l'épiderme, qui fait saillie au-dessus de la peau saine. Les éléments principaux de la lésion, les lymphocytes, se trouvent contenus dans les mailles d'un réseau constitué par du tissu conjonctif.

A la suite d'un traitement par les rayons X et par des antisyphilitiques, car le sujet avait contracté la syphilis ultérieurement à l'apparition des lymphocytomes, les lésions se sont résorbées, laissant une légère atrophie.

Il s'agit probablement d'une prolifération circonscrite bénigne du système réticulo-endothélial, dont l'histopathogénèse se rapproche de celle des sarcoïdes de Kaposi. BALASFFY-BLASKO.

Il Dermosifilografo (Turin).

Recherches par la méthode histochimique sur la distribution du bismuth dans le rein et dans la peau chez des animaux d'expérience, par Giacomo SERRA. *Il Dermosifilografo*, année **10**, n° 5, mai 1935, p. 285. Bibliographie.

Depuis la fin du siècle dernier, les recherches micro-chimiques et histo-chimiques ont suscité un intérêt qui va toujours se développant. Elles offrent, entre autres avantages, celui de pouvoir être effectuées sur de minimes quantités de substance, tandis que l'analyse chimique ordinaire nécessite la destruction préalable des matières organiques, ce qui demande une quantité de matériel plus abondante et expose à des erreurs dues à la multiplication et à la complexité des manipulations.

L'auteur fait une revue générale étendue et détaillée des divers travaux qui ont été effectués dans cet ordre d'idées. Ils ont d'abord porté sur le mercure, sur l'or, sur le plomb, avec des modalités techniques diverses selon les auteurs (Lombardo, Chisteller, Kurosu, etc...).

Puis, à l'apparition de la médication bismuthique, on chercha à connaître le sort et la répartition du Bi dans les tissus. Sazerac et Levaditi, Fournier et Guénot, inaugurèrent ces recherches, suivis depuis par de nombreux auteurs. Différentes méthodes furent préconisées pour la recherche du Bi dans les urines. Puis on chercha à déterminer sa présence dans les différents organes et l'on put constater que c'était dans le rein que le métal se trouvait en proportion plus forte : il en contient à lui seul 20 o/o de la quantité totale trouvée dans les autres organes. Après le rein, c'est le foie, la rate, le gros intestin qui renferment les dépôts les plus importants. La prédominance dans le rein s'explique naturellement puisque le Bi est éliminé surtout par l'émonctoire rénal.

Mais les résultats de ces différentes recherches effectuées par l'analyse chimique, sont assez contradictoires et leur exécution difficile. On dut alors s'orienter vers des méthodes micro-chimiques et, après divers essais, Levaditi, Nicolau et Schœn réussirent à mettre au point une *micro-réaction colorée*, au moyen d'une solution aqueuse d'iodure de K et de sulfate de quinine. Par cette méthode, Levaditi put arriver à cette conclusion que l'assimilation du Bi s'effectue au moyen d'une combinaison albuminoïde soluble qui devient ainsi absorbable. Mais, s'il put rencontrer le Bi sous forme de granulations noires de sulfure de Bi dans le gros intestin et dans les muqueuses des gencives, il ne put déceler sa présence dans les divers tissus et organes, ce qui le conduisit à cette hypothèse que le Bi devait s'y trouver sous forme de combinaisons organiques albuminoïdes, non décelables par les réactifs usuels.

Enfin, un dernier perfectionnement à ces recherches a été apporté par les techniques histo-chimiques de Komaya. Une première méthode consiste à traiter les coupes par l'iodure de K et le sulfate de quinine : les granulations de Bi se présentent au microscope avec une coloration jaune orangé. Une deuxième méthode consiste à traiter les coupes par l'hydrogène sulfuré, les granulations de Bi apparaissent colorées en noir.

Par ces méthodes, quelques auteurs réussirent à mettre en évidence des granulations de Bi dans la peau. D'autres, examinant le sédiment urinaire, y découvrirent des cellules rénales bourrées de granulations de Bi, qui ont été dénommées par Grumblatt *cellules bismuthiques*, et qui seraient le premier indice d'une altération rénale.

Après avoir ainsi passé en revue les travaux qui, directement ou indirectement, se relient au problème de la démonstration des métaux en général, et du Bi en particulier, au sein des tissus et dans les liquides organiques, en insistant surtout sur ceux qui concernent les

procédés d'analyse micro-chimique et histo-chimique, l'auteur passe à l'exposé de ses recherches personnelles.

Elles ont porté sur des cobayes et sur des lapins ; les animaux étaient soumis à des injections de Bi, intramusculaires ou intraveineuses, puis à des injections de solution sulfhydrique ou de soufre colloïdal. Les animaux étaient ensuite sacrifiés, et le soufre recherché sur des coupes histologiques, dans la peau et dans les divers organes.

Dans toutes ces expériences, la présence du Bi dans la peau ne put jamais être démontrée, et ce fait ne doit pas être attribué à une combinaison chimique non décelable, car, dans toutes ces expériences, par contre, le Bi put être constaté dans le rein sous forme de granulations brunes.

Après avoir discuté les résultats de ses expériences et proposé pour les expliquer diverses hypothèses, S. conclut : 1° que la présence du Bi dans les tissus peut être démontrée par les méthodes histochimiques, comme pour les autres métaux ; 2° que la présence du Bi est constatée dans le rein, où il est contenu en forte concentration, en rapport avec le processus d'élimination, qui s'effectue principalement à travers l'émonctoire rénal ; 3° que les observations sont négatives pour la peau, le Bi n'y étant contenu que sous forme de traces ; 4° que la réaction entre l'hydrogène sulfuré et le Bi dans les tissus, avec formation de sulfure noir, peut être obtenue, non seulement en faisant agir une solution d'acide sulfhydrique sur des fragments ou sur des coupes de reins d'animaux soumis au traitement bismuthique intensif, mais aussi *in vivo* ; 5° qu'on obtient les mêmes résultats en injectant, du soufre colloïdal au lieu d'hydrogène sulfuré ; 6° que, des recherches histochimiques, on peut tirer des éléments d'appréciation utiles sur la genèse de la néphrose et de l'épithéliurie bismuthique, tandis qu'on ne peut pas en tirer des éléments positifs capables d'expliquer le mécanisme des mélanodermies. BELGODERE.

Sur la prolongation et sur le fractionnement de la dose dans la radiothérapie des tumeurs, par Alessandro VALENTINI. *Il Dermosifilografo*, année **10**, n° 5, mai 1935, p. 317.

Les applications de la radiothérapie comportent, d'une part, la connaissance des lois physiques, mathématiques, des rayons, domaine un peu hermétique pour le médecin, d'autre part, la connaissance des réactions provoquées dans la matière vivante par les radiations, c'est-à-dire de la radio-biologie, ces réactions ne semblant pas toujours se concilier, en apparence du moins, avec les lois mathématiques.

Dans ce dernier domaine, certaines notions sont aujourd'hui bien établies, d'autres, plus discutées et plus obscures. Une des mieux connues est celle de l'*action élective* des radiations, c'est-à-dire, leur efficacité plus grande sur les cellules en état d'activité reproductrice, notamment sur les cellules embryonnaires. Mais il existe d'autres fac-

teurs d'activité qui sont inhérents à l'irradiation elle-même. On connaît ainsi la *loi de Wintz*, d'après laquelle la sensibilité des tissus est fonction de la dose administrée en une fois dans le minimum de temps ; l'action doit être rapide, unique, continue ; la dilution de la dose dans le temps équivaut à une diminution de l'effet biologique. Cette diminution paraît due à des processus de réparation des cellules, de telle sorte que le fractionnement des doses entraîne une diminution de l'action biologique de l'irradiation. Mais cette diminution d'activité dépend aussi de l'*activité vitale* du tissu irradié : si cette activité est faible, les processus de réparation n'auront pas le temps de s'effectuer et une irradiation discontinue pourra se montrer aussi efficace qu'une irradiation continue. En outre, dans un tissu donné, les diverses catégories de cellules peuvent avoir une activité vitale différente, de sorte qu'il peut y avoir une *électivité relative*, en fonction du temps, pouvant aboutir parfois à une véritable *inversion de la sensibilité*.

Si les éléments en rapide activité vitale sont plus sensibles aux irradiations massives, ils le sont encore dans le cas d'irradiations diluées et prolongées, tandis que les éléments à rythme vital lent conservent leur faible réactivité à la dose faible appliquée. Ainsi, la *prolongation des applications* constitue un facteur de la distribution chronologique qui augmente l'électivité de la radiation vís-à-vis des éléments à rapide évolution ; elle a, par conséquent, un effet tout à fait contraire au fractionnement des doses par interposition de pauses. En prolongeant le temps d'irradiation, on augmente l'électivité pour les éléments à rythme vital plus rapide. Comme l'ont bien montré les expériences de Regaud, dilution de la dose ne veut pas dire diminution de l'action biologique, mais à la condition que cette dose soit *continue et non fractionnée*.

Mais on peut obtenir aussi de bons résultats par la méthode de Coutard, qui emploie à la fois des doses faibles et fractionnées, mais avec des *séances prolongées*. Une autre méthode recommandable est celle de Palmieri, qui recourt à divers artifices : augmentation de l'épaisseur du filtre, pour diminuer l'intensité ; augmentation de la distance : jusqu'à 8 mètres ; prolongation des séances, pendant 24 heures et plus.

BELGODERE.

Recherches expérimentales sur le processus de guérison des blessures sur la peau précédemment irradiée, par Oscar LEVI. *Il Dermosifilografo*, année **10**, n° 5, mai 1935, p. 331, 7 fig. Bibliographie.

Parmi les nombreux problèmes qui s'offrent aux études radio-biologiques, un des plus importants, ou du moins qui présente le plus d'importance pratique, est celui qui a trait à l'influence des radiations sur la cicatrisation des plaies. Des recherches dans ce sens ont d'ailleurs été déjà effectuées, et l'auteur les passe en revue ; mais elles ont donné des résultats assez contradictoires, ces contradictions tenant en grande

partie à ce que les divers expérimentateurs n'ont pas opéré dans des conditions identiques.

Pour élucider ces divergences, L. a entrepris à son tour une série de recherches : il a étudié le processus de cicatrisation de plaies provoquées artificiellement chez des animaux (lapins et cobayes), sur des régions cutanées soumises au préalable à des irradiations de rayons X ou de radium, à des doses variables et suivant diverses modalités de temps. Cette étude a été à la fois clinique et histologique. L. donne les protocoles de ces diverses expériences et examens histologiques et les discute. Il tire de cette discussion les conclusions suivantes :

1° Dans les expériences pratiquées sur des lapins, les blessures provoquées sur la peau irradiée avec des doses (400-1.200-1.600 r.) qui ne donnent sur la peau aucune réaction visible, ne présentent ni une accélération ni un retard du processus de guérison.

2° Des blessures pratiquées sur la peau irradiée du lapin avec des doses de 1.600-1.800 r. en une seule séance, avec lesquelles on obtient des altérations cutanées visibles, présentent un retard dans leur réparation.

3° La blessure sur la peau irradiée a un aspect particulier pendant toute son évolution, caractérisé par une intensité moindre des phénomènes inflammatoires ; de même, la cicatrice, qui dérive de cette blessure, est en général plus plane et plus étroite.

4° Avec des doses fortes, la réparation de la blessure se produit avec un retard, soit que cette blessure soit pratiquée immédiatement après l'irradiation, soit qu'elle soit produite à distance de temps, dans une limite de 40 jours.

5° Dans les doses fractionnées, pour lesquelles la dose totale doit être augmentée à 4.800 jusqu'à 5.400 r. pour obtenir les mêmes altérations cutanées, les blessures présentent également un retard dans la réparation.

6° Les examens histologiques de blessures pratiquées immédiatement après une irradiation unique de 1.800 r., ont révélé une plus intense mais beaucoup plus rapide évolution des phénomènes inflammatoires, auxquelles font suite de profondes altérations du tissu mésenchymateux, qui sont certainement la cause du retard dans le processus de guérison.

7° Les radiations de Rœntgen et celles du radium sur le lapin ont montré, en comparaison avec leur effet biologique sur l'homme, une sensibilité notablement moindre de l'organe cutané, une inversion de la sensibilité relative entre la peau et les poils, une valeur supérieure du quotient de fractionnement, un temps de désaturation plus court, des altérations cutanées appréciables qualitativement diverses. Pour ces raisons, les résultats obtenus ne peuvent pas sans réserve être appliqués à l'homme.

Belgodere.

La fonctionnalité hépatique des luétiques secondaires étudiée par la méthode de l'hypercétonémie provoquée, par Alberto Midana et Luigi Del Grande. *Il Dermosifilografo*, année **10**, n° 5, mai 1935, p. 355. Bibliographie.

Les altérations de la cellule hépatique au cours de la syphilis, et surtout de la syphilis secondaire, sont fréquentes, mais parfois peu manifestes et difficiles à mettre en évidence. Aussi, de nombreuses recherches ont-elles été entreprises par de nombreux auteurs pour chercher à les dépister par toutes les méthodes de laboratoire connues, aptes à contrôler le fonctionnement hépatique.

Parmi ces méthodes, il en est une particulièrement sensible, celle de l'hypercétonémie provoquée, de Dominici et Oliva : toutes les fois que survient dans le foie une diminution de la réserve d'hydrates de carbone, il en résulte un trouble du métabolisme intermédiaire des graisses, des hydrates de carbone et des protéines cétogènes, avec augmentation consécutive de la cétonémie. Cette augmentation peut être rendue plus manifeste en soumettant le sujet à un régime privé d'hydrates de carbone. Étant donné la solidarité qui unit le catabolisme des graisses, des hydrates de carbone et des corps cétogènes, la méthode ci-dessus contrôle donc un point nodal, qui donne une vue d'ensemble de l'état fonctionnel du foie. La détermination des corps cétoniques se fait par la méthode de Pincussen Engfeldt.

Les auteurs ont appliqué cette méthode, d'abord à un groupe de sujets normaux, et ils ont constaté que la suppression des hydrates de carbone chez ces sujets ne faisait varier la cétonémie que dans de faibles proportions. Puis, la même expérience a été appliquée à un groupe de sujets atteints de syphilis secondaire. Chez 8 individus (sur 13), la cétonémie est restée normale ; tandis que, chez 5 autres, des variations assez importantes furent observées. La même épreuve a été répétée chez ces malades après un traitement arsénobenzolique et on a pu se rendre compte que la cétonémie était revenue à un taux normal.

Dans l'ensemble, ces résultats, dont le détail ne peut être rapporté, sont venus apporter une confirmation très nette de cette notion déjà admise que, chez un grand nombre de syphilitiques secondaires, il existe un état de souffrance hépatique, qui ne donne pas de manifestations cliniques appréciables, et qui disparaît par le traitement arsénobenzolique, ce qui confirme sa nature spécifique. Ces faits sans doute étaient déjà connus, mais la méthode de Dominici et Oliva présente ce mérite d'en apporter une preuve particulièrement sensible.

Belgodere.

Les altérations du diencéphale et des ganglions orthosympathiques dans l'intoxication expérimentale par le thallium, par Emilio Cortella. *Il Dermosifilografo*, année **10**, n° 5, mai 1935, p. 360, 2 fig.

L'auteur a recherché les altérations histologiques du diencéphale, siège probable de certains centres neuro-végétatifs, et des ganglions

sympathiques, dans l'intoxication expérimentale par le Tl. Il s'est servi de chiens pour cette expérience. Il a pratiqué l'intoxication aiguë, subaiguë, et avec de petites doses de métal. Il a pu observer des lésions plus ou moins graves aux dépens des cellules végétatives, sympathiques, également aussi aux dépens de la glie et des méninges (vacuolisation, cytolyse, altération nucléaire, prolifération gliaire, infiltration méningée).

Il a en outre constaté la présence de foyers hémorragiques intraparenchymateux (encéphalite hémorragique). Il conclut en affirmant l'action élective du Tl sur le système nerveux central et incline à penser que les altérations supposées des glandes endocrines seraient la conséquence des altérations des centres végétatifs, avec lesquels ces glandes sont en corrélation. Il estime, en outre, probable que l'alopécie par le Tl est secondaire à des lésions du système nerveux.

BELGODERE.

International Journal of Leprosy (Manila).

La culture du bacille de la lèpre (The cultivation of the leprosy bacillus), par E. LOEWENSTEIN (de Vienne). *International Journal of Leprosy*, vol. 3, n° 1, janvier-mars 1935, p. 43.

Dans toutes les lésions de la lèpre humaine, le bacille de Hansen se trouve associé à d'autres germes qui poussent rapidement sur les milieux de culture et arrivent à masquer le bacille.

Pour éviter cette difficulté, L. a cultivé exclusivement le bacille de Hansen du sang.

Les cultures pratiquées suivant la méthode de culture du bacille de Koch sur milieu à l'œuf n'ont donné que des colonies rares et microscopiques.

L. a donc utilisé un bouillon de poisson (cabillaud) et un milieu solide à la glycérine et à l'œuf, additionné de ce bouillon et alcalinisé à *p*H 7,8-8. Le sang était traité par l'acide sulfurique dilué comme pour la culture du bacille de Koch, afin d'éliminer les germes associés.

Dans deux cas sur cinq, L. a obtenu sur ce milieu des cultures pures de bacilles de Hansen. Dans deux autres cas, les colonies jaunes ou rouges de bacilles de Hansen étaient mêlées à des colonies blanches de bacilles de Koch.

Le développement du bacille de la lèpre est très lent : en six mois, on obtient des colonies microscopiques. Ce bacille acidifie le milieu de culture contrairement aux autres acido-résistants. Les souches obtenues n'étaient pas pathogènes pour les cobayes. Les inoculations à d'autres animaux sont en cours.

S. FERNET.

Cas de contagion de la lèpre dans les îles britanniques (Contact cases of leprosy in the british iles), par Mac Leod. *International Journal of Leprosy*, vol. 3, nº 1, janvier-mars 1935, p. 88.

M. L. s'élève contre l'erreur qui consiste à considérer la lèpre comme peu contagieuse dans nos pays.

Le premier cas de lèpre autochtone vient d'être présenté à la Société Royale de Médecine : il s'agissait d'un jeune garçon, n'ayant jamais quitté le sol de l'Angleterre et qui a contracté la lèpre de son père.

Trois autres cas semblables ont été observés par l'auteur. Un garçon de 12 ans, n'ayant jamais quitté l'Irlande, a contracté la lèpre de son père, émigré russe. Un autre garçon de 15 ans, né en Angleterre, a contracté la lèpre de son frère aîné, né en Guyane et ramené en Angleterre en bas âge. Une femme, originaire de Belgique, mariée en Angleterre, a contracté la lèpre de son mari. S. Fernet.

Mémoires cliniques de l'hôpital Saint-Lazare (de Varsovie).

Dermite consécutive à des applications de pommade au sulfate de cuivre, par Bernhardt. *Mémoires cliniques de l'hôpital Saint-Lazare*, t. 3, fasc. 1, p. 43.

La pommade au sulfate de cuivre à 10 ou 20 o/o est, en Pologne, un remède populaire contre la gale. Cette pommade est caustique et détermine aux lieux d'élection de la gale des lésions assez caractéristiques pour être facilement reconnues de ceux qui les ont vues une fois.

Il se produit des taches érythémateuses, centrées par des croûtes sèches, dures, adhérentes, d'un noir verdâtre. Au-dessous de ces croûtes, il existe des ulcérations peu profondes dont le fond est couvert d'un enduit sale. Ces lésions laissent des cicatrices pigmentées qui rappellent celles des tuberculides papulo-nécrotiques. S. Fernet.

Radiumdermite tardive, par Bernhardt et Bruner. *Mémoires cliniques de l'hôpital Saint-Lazare*, t. 3, fasc. 1, p. 43.

Une femme, présentant une soi-disant verrue de la joue qui, en réalité, était un nævo-carcinome, avait subi déjà de nombreuses interventions : ablation chirurgicale, destruction par un caustique chimique, électro-coagulation. A la suite de chacune de ces interventions, une récidive se produisait rapidement sous forme d'un essaimage de taches noires de plus en plus nombreuses.

C'est alors qu'on fit à Vienne des applications de radium (6.600 unités au total). Environ un an après, des ulcérations d'allure sphacélique apparaissaient sur la joue et le pavillon de l'oreille. Des douleurs violentes s'irradiaient dans le crâne. La malade ne présentait aucun signe de généralisation néoplasique.

Suivant la technique préconisée par Axel Reyn pour le traitement des radiodermites, B. traita la malade par la Finsenthérapie locale et des irradiations générales de rayons ultra-violets. Il obtint une sédation

rapide des douleurs et une amélioration notable des lésions cutanées. La Finsenthérapie lui paraît être un traitement efficace des radio- et des radiumdermites. S. FERNET.

Granulome annulaire des mains et des pavillons des oreilles chez un homme porteur d'un lupus vulgaire, par BRUNER. *Mémoires cliniques de l'hôpital Saint-Lazare*, t. 3, fasc. 1, p. 58.

En raison de la rareté de sa localisation, B. cite un cas de granulome annulaire typique des pavillons des oreilles et des mains chez un malade porteur d'un lupus vulgaire, actuellement guéri par la Finsenthérapie. Les cuti- et les intradermo-réactions étaient positives.

S. FERNET.

Radiodermites ulcéreuses chroniques des avant-bras, des mains et des jambes consécutives au traitement d'un psoriasis, par BRUNER. *Mémoires cliniques de l'hôpital Saint-Lazare*, t. 3, fasc. 1, p. 81.

La malade, atteinte de psoriasis depuis son enfance, avait été traitée pendant huit ans consécutifs par la radiothérapie à raison de deux séries de séances par an.

Elle présente actuellement des ulcérations de toutes les régions irradiées : coudes, genoux, dos des mains ; elle doit être traitée par la Finsenthérapie.

D'après Bernhardt, deux facteurs déterminent la fréquence des radiodermites chez les psoriasiques : l'hypersensibilité toute particulière des lésions psoriasiques aux rayons X et la commodité du traitement qui pousse les malades à le réclamer à chaque récidive et même à dissimuler au médecin le nombre des applications antérieures.

S. FERNET.

Deri Hastaliklari ve Frengi Klinigi Arsivi (Stamboul).

Les vitamines, par OBERNDORFER. *Deri Hastaliklari ve Frengi Klinigi Arsivi*, 1935, n° 7, pp. 524-540.

L'auteur donne un résumé concis sur nos connaissances actuelles des diverses vitamines.

La vitamine B2 intéresse tout particulièrement le dermatologiste, car la présence de cette vitamine dans l'organisme empêche certaines dermites de se produire, notamment la pellagre. Il paraît que les troubles survenant dans la formation de la mélanine au cours de la pellagre, sont en corrélation avec la carence de vitamine B2.

On attribue à l'avitaminose B2 l'hypersensibilité photodynamique cutanée ainsi que les troubles psychiques au cours de la pellagre.

L'avitaminose C est un facteur étiologique de la maladie de Möller-Barlow.

L'avitaminose H donne lieu à des troubles desquamatifs de la peau aboutissant à l'érythrodermie. R. ABIMELEK (Stamboul).

Xanthome et xanthomisation, Hamdi Suad. *Deri Hastaliklari ve Frengi Klinigi Arsivi,* 1935, n° 8, pp. 579-585.

Ce travail se réfère à l'étude histologique faite sur 5 cas de xanthélasma, 3 xanthomes en tumeur, 3 xanthosarcomes, 2 cholécystites, 2 xanthomisations consécutives à des abcès du foie, 3 xanthélasmas séniles, 1 myéloplaxome, 3 adénomes sébacés et 3 cas de cancer.

L'auteur a donné aux cellules à protoplasma écumeux vacuolé, le nom de spongiocytes cholestérinophiles. Il a pu constater dans ces cellules des mytoses atypiques. Aussi à l'appui de ces constatations, les cellules xanthomateuses seraient-elles, selon l'auteur, à même de donner naissance à du tissu de néoformation de façon autochtone. Dans un cas de xanthome généralisé, toutes les cellules xanthomateuses étaient polynucléaires. Quelques cellules géantes prennent une forme polygonale ou arrondie, leurs noyaux se trouvent irrégulièrement parsemés. Ces cellules se formeraient par le fait de la prolifération du protoplasma, celui-ci étant incapable de se diviser.

L'auteur a, d'autre part, constaté au milieu d'amas péri-vasculaires de cellules xanthomateuses, la présence de quelques petites cellules rondes, à protoplasma saillant, provenant des couches vasculaires. Il a relevé de même au niveau de quelques vaisseaux lymphatiques et sanguins, la prolifération de cellules endothéliales. Celles-ci deviennent par la suite des cellules xanthomateuses qui, en s'agglomérant, forment des masses xanthomateuses, obstruant la lumière des vaisseaux dilatés.

De ce qui précède, l'auteur déduit que l'origine des cellules xanthomateuses est périthélio-endothéliale, sans exclure toutefois que les cellules du chorion sont sujettes souvent à la xanthomisation.

R. Abimelek (Stamboul).

L'état actuel du traitement de la syphilis, par Saim Suner. *Deri Hastaliklari ve Frengi Klinigi Arsivi,* 1935, n° 8, pp. 612-616.

L'auteur insiste sur l'importance qu'a le traitement appliqué à temps. La ligne de conduite consiste en général à faire subir au malade d'abord un traitement d'assaut — 2 séries d'arsenic-bismuth — et 3 années consécutives de traitement de consolidation.

R. Abimelek (Stamboul).

Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii (Moscou).

Le délai d'éviction de l'école des enfants atteints de trichophytie, par E. D. Danilévskaïa. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii,* n° 8, 1934, pp. 679-681.

En dépit de l'importance capitale de cette question, les auteurs sont encore loin d'être d'accord sur la durée de l'éviction scolaire à imposer à l'enfant trichophytique. Les propositions des médecins sont nombreuses et différentes, les délais varient de quelques jours à quelques mois.

Les observations personnelles de l'auteur prouvent que l'enfant peut être admis à l'école assez peu de temps après l'épilation complète, si les examens de cheveux restent négatifs. L'enfant doit se laver quotidiennement la tête, l'enduire de pommade désinfectante et porter un bonnet, tout en se trouvant sous la surveillance du médecin de l'école. De cette façon, l'écolier ne perdra que 2 à 4 semaines de cours qu'il pourra rattraper et non pas une année entière. La pratique a démontré que cette solution de la question est juste, car les récidives deviennent de plus en plus rares. Quant aux enfants qui n'ont pas guéri après 2 à 3 irradiations aux rayons X, l'auteur propose de leur permettre la fréquentation de l'école à condition qu'ils portent les cheveux coupés ras, qu'ils se lavent tous les jours la tête, qu'ils appliquent la pommade et portent un bonnet. BERMANN.

Essai d'étude de la capacité résorptive de la peau vis-à-vis des couleurs colloïdales dans diverses dermatoses, par P. M. ZALCAN. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 8, 1934, pp. 681-686.

Pour étudier l'état fonctionnel de la peau, l'auteur s'est servi des injections intracutanées de colorants colloïdaux. Il injectait 0 cc. 20 de solution de rouge congo à 1/2 0/0 dans du sérum physiologique à la surface de flexion du bras, au tiers moyen, ce qui n'est pas douloureux. La marche de la réaction est habituellement la suivante : la matière colorante se répand peu à peu à la périphérie de la papule, en colorant les téguments voisins sur une étendue plus ou moins grande. Le maximum de la superficie et de l'intensité de la coloration se voit au bout de 24 heures. Le délai de disparition de la couleur est sujet à des oscillations variées, selon les individus.

L'auteur a fait l'usage de cette méthode chez 20 sujets sains et 112 malades cutanés répartis ainsi : 70 syphilitiques, se trouvant aux divers stades de l'affection, 20 lupiques, 12 psoriasiques et 10 eczémateux.

Chez les personnes bien portantes, les régions colorées occupent une surface de 3-5 sur 2-4 centimètres, de forme ovalaire, plus rarement ronde, à limites nettes, l'intensité de coloration allant du rose au rouge. La coloration disparaît le plus souvent au bout de 9-10 jours. Dans le psoriasis, la coloration disparaît le plus fréquemment au bout de 5-6 jours ; dans l'eczéma, au bout de 4-5 jours ; dans le lupus, au bout de 11-12 jours ; dans la syphilis active, primaire, secondaire et tertiaire, au bout de 11-12 jours. Les malades atteints de dermatoses variées présentent par conséquent une différence de capacité de résorption de la peau par comparaison avec les personnes indemnes de maladies cutanées. Les dermatoses non infectieuses, comme l'eczéma et le psoriasis, fournissent une résorption cutanée accélérée, tandis que les dermatoses infectieuses, comme la tuberculose et la syphilis, présentent une résorption ralentie. En outre, dans les dermatoses non infectieuses, le colorant se

répand sur une étendue plus grande, mesurant 5-8 sur 4-6,5 centimètres, tandis que dans les dermatoses infectieuses il ne dépasse que rarement 5 sur 4 centimètres, surtout chez les syphilitiques. Dans le psoriasis et l'eczéma, l'intensité de la coloration cutanée est plus faible que dans le lupus et la syphilis. Chez les psoriasiques et les eczémateux, les limites de la coloration sont moins nettes que dans le lupus et la syphilis. Dans la syphilis, on observe que le temps de la résorption du colorant colloïdal augmente au fur et à mesure qu'on passe du stade primaire aux stades secondaire et tertiaire. La peau des sujets porteurs de dermatoses chroniques et infectieuses a donc une tendance à fixer le colloïde colorant.

Quant à l'interprétation du phénomène de la fixation, il est, en règle générale, observé dans les processus inflammatoires qui ont la propriété d'être localisés. Au cours des expériences, l'auteur a observé que l'inflammation cutanée peut être accompagnée tant par une accélération que par un retard de résorption du colorant. Le début de l'inflammation se traduit par une résorption accélérée, tandis qu'à la fin du processus, la résorption est ralentie. La fixation du colorant observée dans la tuberculose et la syphilis permet donc de rapporter à l'inflammation les modifications qui s'opèrent dans la peau au cours de ces affections. Or, l'accélération de la résorption dans l'eczéma semble être contraire à cette conclusion. Cela démontre que la fixation de la couleur est liée à l'état colloïdo-chimique des tissus qui présente des variations au cours même de l'inflammation.

L'étude histologique des modifications cutanées après l'injection du rouge congo montre que le caractère de la résorption, dépendant au début des altérations physico-chimiques des éléments non cellulaires, influe aussi sur le caractère de la réaction cellulaire, en activant, en cas d'arrêt de la résorption, les histiocytes. Par conséquent, la résorption traduit la réaction cytologique, du moins pour mettre en évidence les éléments histiocytaires de la peau. Il est possible que l'arrêt de la résorption et la mise en jeu des éléments histologiques détermine la chronicité des processus infectieux de la peau. BERMANN.

Contribution à la démonstration de l'identité des sarcoïdes de Bœck et de Darier-Roussy, de l'érythème induré de Bazin et du lupus pernio, par Z. N. GRJÉBINE. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 8, 1934, pp. 687-690, avec 4 microphotographies hors texte.

L'observation clinique prolongée a suggéré à l'auteur l'idée que toutes ces affections présentent le même processus, mais avec des aspects différents en rapport avec la localisation. La parenté de toutes ces variétés est, en plus, confirmée par des formes intermédiaires. Il en est de même au point de vue du tableau histologique qui dépend de la localisation de l'affection à telle ou telle couche du derme ou du tissu cellulaire sous-cutané. Les coupes du fragment biopsié chez un même malade montrent par places l'image des sarcoïdes de Bœck, par places

celles des sarcoïdes de Darier-Roussy et par places celle de l'érythème induré de Bazin.

Après avoir passé en revue les traits cliniques et les particularités histologiques les plus caractéristiques et essentiels, l'auteur constate une grande ressemblance de ces affections. Les caractères distinctifs les différenciant les unes des autres ne sont pas assez caractéristiques pour permettre de les diagnostiquer catégoriquement.

L'étiologie les unit également. Leur rapport avec la tuberculose n'est plus à douter. La plupart des auteurs les considèrent comme les tuberculoïdes.

La conclusion de cet exposé est un terme commun qu'il faut donner à ces affections. L'auteur conseille d'accepter la dénomination de tuberculose cutanée indurative que leur a donnée Jadassohn et qu'ont conservée aussi d'autres dermatologistes éminents.

BERMANN.

Sur une affection tropicale se rencontrant dans les pays non tropicaux (Chromomycose), par O. N. PADWYSSOTZKAÏA. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, nº 8, 1934, pp. 691-698, avec 5 figures hors texte.

La chromoblastomycose ou la dermatite verruqueuse est considérée jusqu'à maintenant comme une affection tropicale, mais on en a observé 9 cas en Russie pendant les années 1928-1932, dont 8 à Leningrad et 1 à Moscou. En plus de ces 9 cas étudiés et décrits, un 10e cas est encore en observation à Leningrad.

Le présent article a pour but de faire une étude générale basée sur les données acquises par l'analyse des cas russes qui sont probablement plus nombreux qu'on ne l'admet.

L'auteur estime que le terme de chromoblastomycose est inexact, car l'agent pathogène de l'affection n'appartient pas aux blastomycètes et propose de le remplacer par celui de chromomycose. Le terme de dermatite verruqueuse est également inexact, car on n'observe pas dans cette affection les véritables proliférations verruqueuses.

Les éléments initiaux de cette affection n'ont pas été observés, car les malades se sont présentés à une période déjà avancée. Les malades prétendent que la maladie a débuté par une tache que les médecins ont considérée comme un eczéma ou un psoriasis. A la période d'état, on constate deux variétés cliniques, papillomateuse, ulcéreuse et tuberculeuse indurée. La première forme se rencontre le plus souvent dans les cas où l'affection s'est produite à la place même de l'inoculation de l'agent pathogène, c'est la première réaction due à la pénétration du champignon. La seconde forme s'observe ordinairement aux foyers développés à quelque distance de la lésion primitive, c'est un type de réaction allergique du côté des tissus modifiés par un long séjour de l'agent pathogène.

La variété papillomateuse ulcéreuse revêt l'aspect d'un seul foyer

ovalaire ou allongé, mesurant de 3 à 20 centimètres, ayant des limites nettes, à bords réguliers ou festonnés. La périphérie de la lésion est cyanotique, infiltrée et légèrement surélevée. La partie centrale est occupée par des petites proliférations papillomateuses paraissant verruqueuses, surmontées ordinairement d'une croûte molle. Ces proliférations suintent facilement, car elles ont des exulcérations superficielles, sécrétant aussi du pus qui se mèle au sang. Plus l'affection est jeune, plus l'infiltration périphérique est mince.

La variété tuberculeuse indurée se présente sous forme d'éléments tuberculeux cyanotiques isolés, gros comme une lentille, à centre acuminé, indurés, ronds. Parfois ces éléments atteignent le volume d'une noisette. Les tubercules peuvent aussi confluer et former des foyers composés d'éléments rapprochés reppelant une framboise. Dans la suite, les tubercules se ramollissent, s'ulcèrent et végètent, produisant des proliférations papillomateuses, se couvrant d'une croûte molle et friable. La périphérie du foyer est indurée et surélevée. Les foyers tuberculeux sont habituellement nombreux. Les sensations douloureuses spontanées sont insignifiantes, mais elles s'exaspèrent au toucher ou aux traumatismes.

La localisation habituelle de la chromomycose est aux extrémités inférieures : à la jambe, à la cuisse ou à la fesse.

L'évolution est très chronique. Le cas russe le plus jeune date de 6 mois, mais les autres duraient depuis 6 à 30 ans. La marche est bénigne, il n'y avait jamais eu de métastases par voie sanguine aux autres parties des téguments. Mais la guérison spontanée ou provoquée ne s'est pas observée non plus. La constatation des lymphangites fait croire à la propagation des lésions par voie lymphatique. Les traumatismes, l'érysipèle ont servi comme facteurs contribuant à l'apparition des lésions de la chromomycose chez les malade russes.

Le diagnostic est difficile à cause de la rareté de cette affection. Elle se distingue de la tuberculose verruqueuse, de la syphilis tuberculeuse, de la pyodermite chronique végétante et des autres mycoses par l'induration de sa base et de sa partie périphérique, par sa teinte cyanotique. par l'absence de cicatrices, par sa marche chronique très durable, par la confluence des éléments, par la séro-réaction négative, par l'absence d'éléments pyodermiques récents, par l'évolution bénigne.

Les examens bactérioscopiques du matériel prélevé assez profondément montre des soi-disant corps sphériques brun jaunâtre isolés ou en amas ; on trouve aussi des filaments mycéliens. L'ensemencement sur le milieu de Sabouraud ou mieux sur la carotte, donne les cultures gris verdâtre, les colonies confluent en une masse entière ayant à la périphérie de petites colonies en forme de points gris-noirs. Les champignons diffèrent selon les pays et les auteurs. La chromomycose russe est due à un genre Hormodendron. Le diagnostic peut être confirmé par la réaction allergique à la préparation obtenue de la culture du

champignon et appelée hormodendrine. La réaction positive se caractérise par une rougeur et une tuméfaction de la peau. Les recherches histologiques constituent également une contribution précieuse au diagnostic. Le caractère essentiel des coupes est constitué par des micro-abcès disposés parmi les infiltrats des lymphocytes, cellules plasmatiques et fibroblastes. Ces micro-abcès renferment des corps ronds bruns du champignon. L'absence de cellules épithélioïdes et d'altérations vasculaires différencie ces coupes de la tuberculose et de la syphilis.

L'inoculation aux animaux n'a pas fourni de résultats clairs et pouvant être utilisés pour le diagnostic.

La chromomycose n'est pas contagieuse pour l'entourage. Certains malades étaient porteurs d'eczéma, de pyodermite et autres dermatoses avant l'apparition de la chromomycose. Les traumatismes troublant l'intégrité des téguments peuvent apporter le champignon qui se montre très viable et stable.

Le traitement par les injections intraveineuses de solution de Lugol, d'iodure de potassium ou de sodium stabilisent le processus. Les méthodes chirurgicales et électro-thérapeutiques ne font que juguler momentanément la lésion, mais elle récidive. Les injections intraveineuses d'iode combinées avec l'excision des foyers fournit les meilleurs résultats.

Les formes tropicales et nordiques ne présentent que des différences de dimensions et de quantité des éléments qui sont plus nombreux dans les pays chauds. BERMANN.

Sur les affections de la peau survenant dans la désinsectisation par la chloro-picrine, par G. J. KLÉBANOFF. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 8, 1934, pp. 698-701.

L'auteur décrit les affections de la peau causées par la chloro-picrine utilisée pour la désinsectisation d'un grand hôpital maritime. La chloro-picrine est une substance toxique appartenant à la série des substances lacrymogènes et asphyxiantes. Ce produit possède de fortes propriétés désinsectisantes contre tous les insectes envahissant les habitations. Habituellement, la désinsectisation se fait par des vapeurs de chloro-picrine, mais l'auteur a opéré avec la chloro-picrine à l'état liquide, en se servant des appareils vaporisateurs, méthode qui permet une désinsectisation beaucoup plus rapide. La concentration atteinte était de 16 centimètres cubes par mètre cube.

Les militaires occupés à la besogne étaient munis de masques à gaz, de gants, de bottes et de tabliers de caoutchouc. Malgré toutes ces mesures prophylactiques et l'entraînement suffisant des équipes, les désinsectiseurs ont présenté des lésions cutanées, de caractère léger ou moyen.

Déjà au bout de 30-40 minutes de séjour dans le local désinsecté, les téguments qui suent de chaleur deviennent le siège de brûlures, surtout aux plis cutanés et aux endroits qui touchent aux vêtements. Cette

brûlure est plus prononcée aux organes génitaux, principalement au scrotum. Le lendemain, ces phénomènes apparaissaient encore plus vite, déjà au bout de 20-25 minutes de travail. Le suintement de la chloro-picrine, dû à la fermeture imparfaite des récipients, a provoqué de grosses bulles remplies de liquide séro-sanguinolent. Ces bulles éclataient au bout de 2 jours, en laissant à leur place une légère pigmentation. D'après la localisation, le scrotum a été atteint chez 23 hommes ; le long des bretelles attachant le vaporisateur, 5 hommes ; le cou, chez un homme ; les aisselles, chez un homme ; l'avant-bras gauche, chez un homme ; la main gauche, chez 2 hommes ; le dos, les aisselles, le cou, le scrotum et la verge à la fois, chez 3 hommes. Selon le caractère, la plupart des affections avaient l'aspect d'un érythème inflammatoire avec ou sans érosions, 28 cas, la dermatite vésiculeuse était observée dans 6 cas, des foyers bulleux, dans 2 cas. Un seul ouvrier est resté indemne de toute lésion, bien qu'il ait longtemps travaillé à la désinsectisation.

Les compresses au rivanol à 1 o/oo guérissaient en 2-6 jours les dermatites diffuses et bulleuses, ainsi que les bulles. Il est à noter que les saupoudrages prophylactiques, ainsi que les onctions prophylactiques avec de la vaseline, non seulement ne préservaient pas les désinsectiseurs des dermatoses, mais contribuaient à la production plus rapide et plus intense des irritations cutanées. BERMANN.

La syphilis primaire à la lumière de la confrontation des conjoints, par M. W. BORZOFF et A. S. POPOFF. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, nº 8, 1934, pp. 702-711.

Les données des auteurs sur la confrontation conjugale dans la syphilis primaire tendent à éclairer les conditions de la transmission du chancre dur pendant son incubation, sa localisation et se distinguent par leur grand nombre et la durée d'observation des conjoints.

Parmi 1.000 familles de syphilitiques qui se sont présentées au dispensaire antivénérien de Tachkent en 1929-1933, les auteurs ont choisi 65 conjoints (64 hommes et une femme) atteints de chancre dur et ayant apporté l'infection dans leur famille. Tous les malades étaient infectés pendant le mariage, avaient des spirochètes pâles et n'avaient pas d'accidents secondaires. D'après le nombre des chancres, 44 malades en avaient des uniques et 21 des multiples, dont 6 ayant une même localisation et 15 une localisation différente. La confrontation des localisations des chancres chez les hommes et les femmes qu'ils ont infecté prouve que les organes génitaux externes des femmes sont le plus souvent affectés en cas de localisation des ulcères aux parties périphériques de la verge, en particulier au gland et au sillon coronaire. Le vagin est atteint, si le chancre est localisé chez l'homme sur le fourreau de la verge, et le col de l'utérus, en cas de localisation du chancre sur le prépuce ou le sillon balano-préputial.

Les femmes de 26 hommes malades sont restées indemnes de syphilis. 18 cas de ce groupe avaient des chancres multiples (70 o/o). Parmi les 39 hommes qui ont infecté leurs épouses, les chancres multiples ont été observés seulement dans 3 cas (3 o/o). Il s'ensuit que la présence des chancres multiples attire davantage l'attention des malades et les incite à l'abstention des rapports sexuels avec leurs conjointes. En outre, ces malades à chancres multiples consultent dans 66 o/o au bout de 3 à 4 semaines après la contagion, tandis que 61,3 o/o des porteurs de chancres uniques ne consultent qu'au bout de 5 semaines après l'infection. Les données des auteurs démontrent que les hommes mariés contractent la syphilis le plus souvent dans les premières années de leur vie conjugale. Les femmes mariées sont le plus fréquemment infectées au cours de la 8e semaine après la contagion de leurs maris. Cette circonstance prouve également que les malades ont des coïts pendant le traitement et avant la cicatrisation totale des lésions primitives.

La première consultation et le commencement du traitement des malades se trouvent en rapport direct avec la culture générale et hygiénique des malades. C'est également parmi les hommes les plus éduqués au point de vue sanitaire qu'on trouve le plus grand nombre de conjointes restées indemnes cliniquement et sérologiquement. Ce groupe de malades intelligents a fourni aussi le plus grand nombre de chancres séro-négatifs et traités le plus régulièrement et longtemps en comparaison avec le groupe des malades peu cultivés en général et au point de vue sanitaire en particulier. BERMANN.

Contribution à la caractéristique du chancre mixte, par M. A. WEIN, J. D. SILBERG et O. A. SIDOROWA. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 8, 1934, pp. 711-717.

La question si importante du diagnostic précoce du chancre mixte n'est pas encore suffisamment éclairée, bien qu'elle soit intimement liée au problème de la lutte contre la syphilis. Après une revue bibliographique du sujet, les auteurs procèdent à l'analyse des données fournies par 104 cas de chancre mixte et par 90 cas de chancre mou, ces derniers servant à titre de comparaison de certains traits caractéristiques.

La première incubation du chancre mixte dure en moyenne 13 jours (variant de 3 à 60 jours), tandis qu'elle est de 5,7 jours pour le chancre simple (varaint de 2 à 12 jours), donc moins de la moitié. Cette prolongation de l'incubation du chancre mixte au plus que le double de celle du chancre mou est en rapport avec l'influence de la syphilis sur la chancrelle. Le spirochète pâle affaiblit la virulence du streptobacille de Ducrey et retarde l'éclosion des premiers phénomènes cliniques. En outre, ces deux agents pathogènes ne frappent pas toujours les mêmes régions cutanées, ce qui entraîne une évolution différente des lésions variées chez le même malade, les unes évoluant comme chancres mixtes et d'autres, comme chancres mous. Ces deux agents ne se retrouvent pas avec la même fréquence non plus. Le streptobacille de Ducrey a

été décelé dans 55 o/o des cas et le spirochète pâle, dans 32 o/o. La constatation du bacille de Ducrey dans 82 o/o des cas de chancre mou prouve que l'on a affaire non pas à des fautes de laboratoire, mais à l'inhibition réciproque de ces deux agents morbides. Les deux microbes n'étaient constatés que chez 18 o/o des malades (dont 10 o/o simultanément et 8 o/o en temps différent). C'est au bout de 20 jours après l'apparition du chancre qu'on trouve le spirochète pâle le plus souvent, donc beaucoup plus tard qu'on ne trouve le bacille de Ducrey. La ponction des ganglions lymphatiques n'a montré des spirochètes que dans 5 cas sur 29. Le chancre mixte est moins enflammé et douloureux, il a une moindre tendance à l'auto-inoculation : sur 104 cas de chancre mixte, les lésions uniques s'observaient dans 31 cas, tandis que sur 90 cas de chancre mou, elles l'étaient dans 14. Cela montre aussi que le bacille de Ducrey est moins virulent dans le chancre mixte.

L'induration du chancre mixte s'est faite en moyenne en 32 jours (oscillant entre 17 et 60 jours). Les bubons ont été observés dans 23 o/o des chancres mixtes et dans 35 o/o des chancres mous. La suppuration des bubons était signalée dans 11 o/o des chancres mixtes et dans 25 o/o des chancres simples.

La séro-réaction de Bordet-Wassermann est devenue positive au bout de 40 jours en moyenne de l'existence du chancre mixte, soit donc 53 jours en moyenne après l'infection. C'est donc un retard, en comparaison avec les délais enregistrés dans les chancres durs. L'étude de 10 cas où sont apparus des accidents secondaires démontre que leur apparition est plus tardive en cas de chancre mixte qu'en cas de chancre induré non associé.

La conclusion des auteurs est que le chancre mixte exige une observation prolongée atteignant 5-6 mois. Bermann.

Influence du traitement mixte bismutho-salvarsanique sur la dynamique des modifications du tableau sanguin du syphilitique aux diverses périodes de l'affection, par E. M. Sémenskaïa, N. E. Tchogochwili et E. M. Tzintzadzé. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 8, 1934, pp. 718-725.

La bibliographie rapportant des cas d'altérations sanguines survenant à la suite de l'emploi du néosalvarsan (diathèse hémorragique, anémie intense, etc.), les auteurs ont entrepris des recherches personnelles pour vérifier les modifications du sang qui ont lieu chez des malades soumis au traitement mixte bismutho-salvarsanique. Les 53 syphilitiques étudiés se répartissaient ainsi : syphilis primaire, 17 cas ; syphilis secondaire, 21 cas ; syphilis tertiaire, 15 cas. Ces malades étaient 52 hommes et 1 femme, dont l'âge oscillait entre 17 et 62 ans. Leur traitement comprenait 8 injections intraveineuses de novosalvarsan (dose totale 4 gr. 50) et 20 injections intramusculaires d'émulsion de bismuth à 10 o/o. Le sang des malades était examiné

avant le traitement, après la première, la quatrième injection de néo (milieu du traitement) et après la fin du traitement.

Les examens du sang avant le traitement montrent que le taux moyen d'Hb est de 80 o/o et le nombre moyen des globules rouges de 4.700.000. Dans les cas non traités, la courbe d'Hb et des globules rouges tend à baisser lors du passage du stade primaire en stade tertiaire. Dans la syphilis secondaire, on trouve des chiffres inférieurs dans les formes récidivantes, tandis que les formes latentes en fournissent des supérieurs. La syphilis ne provoque par elle-même aucune altération sanguine grave. Les réticulocytes sont très peu augmentés (11 o/o). La résistance minimale des érythrocytes est en moyenne de 0,44.

Le commencement du traitement exerce à tous les stades l'effet abaissant le plus prononcé puisque, après la première injection de néo, le pourcentage d'Hb diminue de 5 et le nombre des globules rouges de 500.000. Dans la suite, la syphilis primaire montre une régénération du sang avec élévation des réticulocytes jusqu'à 20 o/o, la diminution de la résistance minimale jusqu'à 0,56 ; la syphilis secondaire et tertiaire présentent une courbe abaissée ne revenant pas à l'état initial ; cette anémie légère ne se rétablit chez les syphilitiques secondaires et tertiaires qu'après 5-6 cures de traitement. En cas d'apparition d'une anémie intense, le traitement doit être interrompu, autrement on risque d'amener une intoxication grave pouvant provoquer la mort.

La réaction de sédimentation des érythrocytes s'est montrée légèrement accélérée avant le traitement, dans tous les stades. La première injection de néo renforce cette accélération. L'accélération est plus prononcée dans les cas séro-positifs que dans les séro-négatifs. A la fin du traitement, la réaction de sédimentation des globules rouges revient à la normale. Après 5-6 séries de traitement, la réaction accuse une baisse encore plus grande sans élévation caractéristique après la première et la dernière injection de néo.

La formule leucocytaire ne présente rien de caractéristique ou de typique. La mononucléose est très rare. La neutrophilie devient plus rare au passage vers le stade secondaire. Dans les formes récidivantes, les chiffres sont plus élevés qu'aux formes latentes. Le stade tertiaire ne fournit aucun trait spécial, il ne montre que des réactions de l'organisme aux divers accidents du tertiarisme. Le traitement fait baisser la neutrophilie dans la syphilis primaire et secondaire, tandis que la syphilis tertiaire présente de nouveau une neutrophilie à la fin du traitement. Les lymphocytes augmentent seulement dans les cas récents ; dans la forme tertiaire, ils tombent au-dessous de la normale. Les monocytes restent normaux au stade primaire, mais augmentent à la fin de la cure dans les formes secondaire et tertiaire. L'éosinophilie se voit à tous les stades, surtout au milieu du traitement.

L'épreuve hémoclasique d'Amato montre une leucopénie au bout

d'une demi-heure après l'injection des produits mercuriels ou bismuthiques ou de néo. Ce phénomène a été observé dans 81 o/o des cas et la diminution moyenne des leucocytes a été de 1.300, aux dépens des neutrophiles. L'hémoclasie a été observée dans tous les cas de neurosyphilis et de syphilis secondaire récidivante, dans 86 o/o des cas de syphilis primaire et dans 77 o/o de ceux de syphilis secondaire et tertiaire. Cette réaction, sans être spécifique de la syphilis, revêt pourtant une certaine valeur diagnostique. BERMANN.

Influence du traitement mixte bismutho-salvarsanique sur la dynamique des réactions sérologiques aux diverses périodes de l'affection syphilitique, par N. W. EGHIAZAROWA, L. A. BABAKHANOWA et M. S. POPKHADZÉ. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, n° 8, 1934, pp. 725-727.

Les auteurs ont analysé les observations de 53 syphilitiques soumis au traitement mixte, comprenant 8 injections intraveineuses de néo (total 4 gr. 50) et 20 injections d'émulsion bismuthique. Ces malades se trouvant à tous les stades de la syphilis présentaient avant le traitement un Bordet-Wassermann positif dans 56 o/o et négatif dans 44 o/o. Selon les stades, la syphilis primaire était constatée dans 17 cas (32 o/o) ; la syphilis secondaire dans 21 cas (39 o/o) ; la syphilis tertiaire, dans 9 cas (18 o/o) et la syphilis cérébrale, dans 6 cas (11 o/o). Le traitement a été terminé seulement chez 21 malades (40 o/o). Les examens du sang étaient pratiqués avant le traitement, après les première, quatrième et huitième injections de néo.

Après la fin du traitement, le pourcentage des Bordet-Wassermann positifs était descendu de 56 à 37 et celui des réactions négatives est monte de 44 à 63. Dans 21 o/o des cas, la séro-réaction négative est devenue temporairement positive après la première injection de néo. Dans la syphilis primaire, 54,5 o/o des réactions positives sont négativées par une seule cure. Pour la syphilis secondaire, on note que 45,5 o/o des sérums positifs deviennent négatifs. Dans la syphilis tertiaire et cérébrale, la cure spécifique n'a pas négativé une seule réaction positive.

La pratique simultanée des réactions de Bordet-Wassermann, de Kahn, au citochol et de Goldenberg a établi que les deux premières ont une valeur égale, mais que les deux dernières sont plus sensibles, surtout celle de Goldenberg qui a fourni le plus de réponses positives. Les deux réactions de floculation donnent des résultats identiques dans 92 o/o des cas ; avec le Bordet-Wassermann, ces réactions concordent dans 91 o/o des cas ; avec le Goldenberg, ces réactions de précipitation concordent dans 85 o/o des cas. Pour plus de sûreté, il est indiqué de se servir de plusieurs séro-réactions à la fois, car une réaction peut donner une réponse positive là où d'autres ne la fournissent pas.

BERMANN.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD

TRAVAUX ORIGINAUX



AVITAMINOSES EN DERMATOLOGIE

Par MM.

Georges MOURIQUAND et Jean GATÉ
Professeur à la Faculté de Médecine — Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine
Médecins des Hôpitaux de Lyon.

Les rapports des troubles cutanés avec les dystrophies générales sont connus. Tout déséquilibre de la nutrition, quel que soit son facteur primordial : infectieux, toxique, autotoxique, etc., entraîne à la longue des modifications plus ou moins profondes dans la nutrition de la peau, ses fonctions, ses moyens de défense, sa constitution anatomique.

La nutrition de la peau de l'enfant semble en relation plus étroite avec la nutrition générale que celle de l'adulte. Cette dernière montre le plus souvent des résistances particulières une « autonomie » défensive vis-à-vis des perturbations d'origine externe et interne. Celle de l'enfant, moins bien défendue, réagit comme on

(1) Nous tenons à remercier ici les professeurs Berde Karoly (Pécs, Hongrie), Bizzozero (Turin), Cedercreutz (Helsingfors), les docteurs Dekeyser (Bruxelles), François (Anvers), les professeurs Herxheimer (Francfort-sur-le-Mein), Kerl (Vienne), Jadassohn, Mendes da Costa (Amsterdam), Mestchersky (Moscou), Nekam (Budapest), Jacques Peyri (Barcelone), le professeur agrégé P. Photinos (Athènes), les professeurs Pinkus (Berlin), Rasch (Copenhague), le docteur Sainz de Aja (Madrid), les professeurs Jesus Gonzalez Urueña (Mexico), F. Walter (Karkow), White (Boston), les docteurs Basch, Busson le professeur agrégé Chevallier, le docteur Robert Clément, les docteurs Civatte, Clément-Simon et Darier, les professeurs Debré, Gougerot, le professeur agrégé Jausion, le professeur agrégé Lesné, le docteur Rabut, Mme Randoin, les docteurs Sabouraud et Tzanck de Paris, le professeur agrégé Joulia de Bordeaux, qui ont bien voulu répondre au questionnaire, que nous leur avons adressé.

Nos remerciements vont également au professeur J. Nicolas et au docteur G. Massia, qui ont bien voulu nous communiquer le manuscrit des articles « Pellagre » et « Scorbut et Maladie de Barlow. Avitaminose C », qu'ils ont rédigés pour la *Nouvelle Pratique Dermatologique,* à paraître chez Masson, et à Mme le docteur Chaix qui a bien voulu nous faire plusieurs traductions.

le sait, facilement aux agressions du milieu extérieur et aux déséquilibres du milieu intérieur.

A ce point de vue, le problème de la *peau dans l'athrepsie*, est d'un intérêt majeur.

Au cours de cette dystrophie la peau perd d'abord son support adipeux sous-cutané, puis voit fléchir ses fonctions de défense. Elle se laisse envahir d'abord par l'infection, puis par les eschares atones. En cas de guérison — assez rare — peu à peu elle retrouve sa résistance et sa souplesse.

On peut se demander : Que s'est-il passé dans l'intimité de cette peau dystrophique, quels éléments l'ont quittée qui assuraient sa vie et sa défense ?

Ce problème de la trophicité cutanée peut être, dans une certaine mesure, éclairé par les constatations expérimentales suivantes.

L'un de nous a, depuis longtemps avec E. Weill (dès 1913) signalé la fréquence des troubles cutanés au cours des maladies expérimentales par carence ; fréquence signalée depuis par tous les auteurs.

Il n'est pas inutile, au début de ce travail, de revenir sur cette « Notion de carence » introduite en 1914 par Weill et Mouriquand.

Ces auteurs ont défini les « maladies par carence » des affections qui ne relèvent primordialement, ni d'une infection, ni d'une intoxication, ni d'une auto-intoxication (au sens classique du mot), mais du manque dans la ration d'une ou plusieurs substances agissant à des doses minimes (substances minimales) sur les processus de nutrition. Cette notion implique souvent celle de déséquilibre pouvant porter sur les éléments majeurs (glucides, lipides, peptides, substances minérales) de la ration ; le jeu des substances minimales nécessitant l'équilibre de ces éléments « majeurs ».

On voit que cette conception embrasse non seulement le domaine des avitaminoses, mais celui des autres substances minimales dans leurs relations avec les éléments caloriques et plastiques de l'alimentation.

Elle tient compte des réalités cliniques. Sauf exception, très rare, la médecine ne fournit pas d'exemples d'avitaminose simple, de carence unique d'une vitamine. Presque toujours il y a dans les dystrophies par carence, pluricarence vitaminique et pluricarence « minimale » associées au déséquilibre général de la ration.

La conception de Weill et Mouriquand s'applique à nombre de dystrophies alimentaires de l'homme. Mais leur étiologie étant complexe, il appartenait surtout à l'expérimentation d'analyser le rôle de la carence de chacun des éléments « minimaux » de la ration et plus spécialement de la carence de chaque vitamine. C'est ce que nous essayerons de faire en ce qui concerne les réactions cutanées au cours des avitaminoses.

Voyons d'abord, d'un point de vue général, les réactions cutanées des animaux au cours des diverses carences alimentaires. Une carence alimentaire étant donnée (surtout A, B, C, D), celle-ci passe par diverses phases, particulièrement nettes en ce qui concerne le scorbut expérimental ; mais se retrouvant dans les autres carences.

Dans un premier stade (de durée variable suivant les animaux et la carence) la dystrophie est inapparente (asymptomatique), dans un deuxième les signes frustes apparaissent, enfin à un stade de carence confirmée les signes cliniques typiques se montrent. La nutrition générale passe par une phase eutrophique (progression du poids, etc.), les téguments sont normaux; une phase d'équilibre pondéral (où l'aspect cutané est peu modifié) ; survient ensuite le stade dystrophique amorcé par l'inappétence et plus tard (dans l'avitaminose C et B surtout) par des troubles digestifs. La courbe pondérale fléchit plus ou moins vite, la souffrance tégumentaire se manifeste par le hérissement, et parfois la perte des plumes et des poils; plus tard par des ulcérations des pattes, qui s'infectent souvent. Si la thérapeutique « spécifique » intervient à temps, l'appétit reprend, le poids remonte, les troubles cutanés s'atténuent et disparaissent.

Cette vue synthétique des réactions tégumentaires au cours des dystrophies alimentaires (cliniques ou expérimentales) va nous permettre d'aborder l'analyse symptomatique des troubles cutanés observés dans chaque avitaminose.

Comme on le verra, cette étude analytique est actuellement peu avancée. Ce travail aura pour principal objet d'enregistrer les faits qui paraissent acquis (tant au point de vue clinique, qu'expérimental) et de faciliter la quête et l'explication de faits nouveaux.

Nous étudierons successivement au point de vue clinique, expérimental, pathogénique et thérapeutique, les réactions cutanées au

cours des avitaminoses A, B, C, D et E, etc., où ces réactions sont accessoires et au cours de la dystrophie pellagreuse où elles sont dominantes.

*
* *

Réactions cutanées dans l'avitaminose A

L'avitaminose A est essentiellement caractérisée dans sa forme typique par la xérophtalmie (avec troubles de croissance). Mais avant de parvenir à ce stade affirmé, la dystrophie oculaire passe par les phases de dystrophie inapparente, puis fruste.

Au stade de dystrophie inapparente aucune lésion oculaire n'existe même visible au biomicroscope avec éclairage de Gullstrand. Par contre les travaux de G. Mouriquand, J. Rollet et M. Courbières (*Académie des Sciences*, 25 février 1935) ont montré que, à ce stade, la cicatrisation d'une brûlure oculaire superficielle par l'U. V. a peu ou pas de tendance à la guérison. Vers le 30e jour de la dystrophie expérimentale (et à un stade correspondant de la dystrophie clinique) apparaissent les lésions biomicroscopiques qui, en s'étendant, aboutissent vers le 45e jour aux lésions classiques.

Quelles sont au cours de cette dystrophie par carence, les lésions cutanées au point de vue clinique et expérimental ?

Les lésions cutanées cliniques dans l'avitamnose A

Les lésions cutanées cliniques rapportées par les auteurs à l'avitaminose A sont assez peu nombreuses. Rappelons que pour Knypers, *l'eczéma séborrhéique du nourrisson* serait dû à un défaut de vitamine A. Le facteur A associé aux substances minérales l'améliorerait (Degewot). La vitamine A, d'autre part, augmenterait les processus d'oxydation tissulaire. Or l'hyperkératose serait une conséquence d'une moindre oxydation, comme le prouve la diminution de la kératinisation ichtyosique par la lumière qui active les oxydations.

L'hyperkératose pourrait donc résulter d'une carence en facteur A. Pour Wertheim l'*angiokératome* est dans le même ordre d'idée dû au manque d'oxygène et à l'accumulation d'acide carbonique dans

le sang nourricier ; l'amélioration de la circulation par un régime appropriée diminuerait l'hyperkératose.

Pour J. Peyri (communication orale) le facteur A interviendrait peut-être dans le psoriasis de l'enfance et dans les cas où cette dermatose s'accompagne de manifestations articulaires et a des rapports avec l'imprégnation tuberculeuse (rhumatisme tuberculeux de Poncet et Leriche). Gougerot rapportant trois cas d'un syndrome curieux d'insuffisance progressive avec atrophie des glandes salivaires et muqueuses de la bouche, des conjonctives et parfois des muqueuses nasale, laryngée et vulvaire soulève l'hypothèse d'une avitaminose A. Dans une communication orale, Darier, d'une part, Debré et Busson d'autre part, nous signalent que la vitamine A en pommade aurait des propriétés anesthésiantes et cytophylactiques à essayer dans les gingivites, les conjonctivites, les ulcères douloureux.

Enfin, Goldwin rapporte l'observation d'un enfant qui ne mangeait ni viande fraîche, ni légumes, ni lait, ni beurre et se nourrissait de jambon, de poisson de conserve, de pain, de thé et de confitures. Cet enfant n'avait pas de xérophtalmie, mais présentait à la face externe des membres inférieurs une éruption papuleuse rouge, une peau sèche et rugueuse, une langue dépapillée rouge et lisse, des gencives enflammées, des conjonctives injectées et légèrement jaunâtres. L'introduction du lait, du beurre, de la viande, de l'huile de foie de morue dans l'alimentation amena en six semaines la disparition des signes buccaux et cutanés (?).

Lésions cutanées de l'avitaminose A expérimentale

Ces lésions sont tardives, et semble-t-il peu caractéristiques. Leur étude semble d'ailleurs avoir été peu poussée.

Au stade inapparent et fruste, aucun trouble cutané notable ne se montre. Avant qu'apparaissent les lésions xérophtalmiques, la courbe pondérale jusque-là ascendante se met en plateau, puis amorce sa descente. A ce moment les poils se hérissent, une certaine alopécie apparaît se localisant le plus souvent sur le crâne et la face, gagnant d'autres fois le dos et l'abdomen ; au point d'entraîner dans certains cas, une épilation presque généralisée. L'in-

troduction de la vitamine A dans le régime peut faire rapidement disparaître cette alopécie.

Nous avons montré, que si au régime d'avitaminose A (type Penau et Simonnet) on ajoute une certaine dose d'extrait thyroïdien, on peut provoquer un véritable syndrome acrodyniforme (Mouriquand, Mme Chaix et Petey, *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 2 juin 1931) avec cyanose, gonflement des extrémités, douleur à la pression, tendance à l'ulcération. L'extrait thyroïdien ne provoque pas ces troubles chez les rats protégés par la vitamine A.

Ce déséquilibre vitaminique permet l'action pathogène de l'extrait thyroïdien (Diéto-toxiques : Mouriquand).

Nous résumons ici l'opinion de différents auteurs concernant la séméiologie et la pathogénie des troubles cutanés de l'avitaminose A.

Dans l'avitaminose A expérimentale, il se produirait une altération dégénérative de la peau et des muqueuses (Kollach et Howe). Avant tout il y aurait une prolifération (Kératinisation) facile à voir sur les muqueuses (Hohlberg, Döhrm). Les glandes sébacées s'arrêtent de fonctionner, puis se constitue de l'eczéma (Knypers). Plus tard on constate une dégénérescence des stratifications cellulaires superficielles et une diminution de résistance aux infections (altérations suppuratives du tégument). Frazier et Ch'Nan-K'Nei Hu signalent de la sécheresse, de l'ichtyose, de la pigmentation cutanées avec ultérieurement des éruptions désordonnées, symétriques de papules folliculaires (« follikülären) des talons et des extrémités. On peut voir également des ulcérations sur les pattes (Mouriquand et Mme Chaix-Urbach).

L'usage de certains légumes (carottes, courges, pois verts, épinards, oranges, tomates, betteraves rouges) amènerait chez certains enfants une coloration jaune de la peau (Moro), l'absorption abondante et répétée des œufs déterminerait également cette coloration jaune des téguments (Hernando). Le plus souvent cette couleur résulterait également de la présence dans la peau de lipochrome, substance en rapport avec la vitamine A. Le carotène serait la provitamine A.

La transformation du carotène en vitamine A se ferait dans le foie et peut-être dans les capsules surrénales, le sérum frais de

cortico-surrénale transformant *in vitro* le carotène en vitamine A (Euler). Il est difficile de dire quel est dans ce processus le rôle de la peau. On ne sait pas en particulier, si dans le cas où les légumes en question sont consommés d'une façon modérée et où la coloration tégumentaire est absente, il existe du carotène dans la peau. En tous cas, quand la peau est colorée il y a toujours augmentation de lipochrome dans le sérum. La disposition personnelle (Strantz), mais aussi l'influence lumineuse (Klose, Hess, Styers, Dollinger) jouent leur rôle. Le carotène dissous dans le cyclo-hexane en atmosphère d'azote avec lumière monochromatique de 265 μμ de longueur d'onde semble un corps doué des mêmes propriétés physiques que la vitamine A (Bowden et Snow). Les rayons de 265 μμ n'ont aucun rôle dans le spectre solaire. Il y aurait enfin un rapport entre le carotène et les porphyrines pour Von Euler. Ceci expliquerait la sensibilité à la lumière de la peau après ingestion abondante de nourriture crue.

En général les animaux (comme les enfants) soumis à l'avitaminose A présentent une susceptibilité particulière aux infections des muqueuses (bronches, poumons, voies urinaires et parfois de la peau.

La vitamine A apparaît, à certains, comme capable de favoriser l'immunité générale et celle de divers organes (peau, etc.) vis-à-vis de l'infection.

*
* *

Troubles cutanés dans l'avitaminose B

La vitamine B a été dissociée en :

Vitamine B-1 antibéribérique (antinévritique); vitamine B-2 (et B-6) antipellagreuse (voir plus loin); vitamine B-3, etc., etc.

Au point de vue clinique, le syndrome béribérique apparaît comme relevant avant tout de l'avitaminose B. Mais il s'agit d'avitaminose complexe et même de carence, puisque la décortication du riz entraîne les diverses vitamines B, et divers autres éléments indispensables à l'équilibre nutritif.

On observe deux formes de béribéri : la forme sèche et la forme œdémateuse.

La forme sèche est caractérisée par une polynévrite, atteignant d'abord les membres inférieurs, puis les membres supérieurs, les

nerfs cardiaques, etc. Souvent la maladie débute par des sensations de brûlure au niveau de la plante des pieds. Quand la dystrophie s'accentue la peau devient rude, squameuse et s'infecte avec facilité (Sharper).

Dans la forme œdémateuse (liée à l'asystolie) l'œdème altère la nutrition cutanée, peut s'accompagner d'ecchymoses, d'éruptions diverses.

Expérimentalement Weill et Mouriquand (*Revue de Médecine*, 1916) ont montré que les pigeons nourris aux céréales décortiquées (riz, orge, etc.) présentent des troubles cutanés (ébouriffement des plumes, premier signe de dystrophie, etc.). Ces troubles seraient surtout importants chez les pigeons au maïs décortiqué (perte des plumes).

Dans ces cas où la carence est complexe, l'avitaminose B-1 est-elle seule en cause?

En raison de son pouvoir trophique sans doute, faut-il aussi et surtout incriminer l'avitaminose B-2 (sans compter les carences associées. Voir Pellagre)?

Il paraît difficile dans cet exposé de dissocier l'action réciproque des différentes vitamines B-1, B-2, etc... Nous avons signalé plus haut que l'absence de vitamine antibéribérique B-1, s'accompagnait chez les Hindous de brûlures plantaires, les obligeant à interrompre leur travail, avec infections cutanées fréquentes (Sharper).

La levure contient la vitamine B antinevritique, mais en outre une substance différente, thermostabile, insoluble dans l'alcool à 95°, qui serait la vitamine B-2 antipellagreuse.

Goldberger nourrissant des rats suivant un régime privé de vitamine B-2, réalise un syndrome rappelant la pellagre humaine : rougeurs et œdème des oreilles, des paupières, des pattes; chute des poils de la tête, du museau et de l'abdomen; dermatose squameuse sur les régions alopéciques; atrophie cutanée; rougeur et ulcérations de la muqueuse buccale; cataracte; troubles intestinaux et gastriques; lésions nerveuses centrales. Les expériences du Docteur Efremoff sur des rats blancs auraient donné des résultats analogues (communication orale du Prof. Mestchersky).

Comme nous le verrons à propos de la pellagre, cette conception de la dystrophie pellagreuse est trop simple et il est plus que probable que dans cette dernière interviennent non seulement l'avita-

minose B-2, mais encore des facteurs thermostabiles et anti-anémiques, ainsi que des acides aminés (Stepp et Voit).

Signalons que Jersild et Moltke dans des cas de pellagre ont obtenu par l'administration de vitamine B-2 la guérison d'une dermatose hyperkératosique concomitante de la figure et des mains.

D'autre part F. Walter (communication orale) prétend avoir observé chez le rat, dans des syndromes semblables à la dermatose séborrhéique, une amélioration manifeste par introduction dans la nourriture de vitamine B-2. Le même auteur aurait obtenu chez l'homme par l'utilisation de la vitamine B-2 *per os* et en pommade, l'amélioration indiscutable de certaines érythrodermies.

La carence en vitamine B-4 (facteur accompagnant la vitamine B-1) déterminerait chez le rat des signes nerveux, ainsi que de la rougeur et de l'œdème des pattes.

*
* *

Réactions cutanées dans l'avitaminose C

Sans revenir sur la séméiologie bien connue du scorbut, manifestation clinique de cette avitaminose, nous rappellerons, que — comme les précédentes — elle peut exister sous forme de carence inapparente, de carence fruste et de carence révélée.

C'est au cours de la carence fruste (précarence) et de la carence révélée qu'apparaissent les réactions cutanées.

Etudions-les successivement du point de vue clinique et du point de vue expérimental.

Manifestations cliniques et cutanées de l'avitaminose

Scorbut. — Les lésions cutanées se localisent surtout aux membres inférieurs et d'abord au niveau des orifices pilo-sébacés.

Au début, la peau est ansérine, réalisant le phénomène de la chair de poule. Cet aspect est dû à la production, au niveau des orifices pilo-sébacés, d'un petit cône microscopique couronné d'une vésiculette jaune rougeâtre, puis rouge vineux. Nous n'insisterons pas sur cette lésion initiale, que nous retrouverons plus loin avec les scorbutides de Nicolau.

Plus tard, par la mise en jeu de la fragilité des capillaires, se

réalise le piqueté hémorragique scorbutique. La vésicule précédente se transforme en une tache, une macule hémorragique pétéchiale. D'ailleurs dès ce moment la moindre contusion entraîne une extravasation sanguine indolente et molle. La gingivo-stomatite va de pair avec ces premières manifestations tégumentaires.

Ultérieurement, en même temps que décroît la gingivite apparaissent les ecchymoses et les indurations dues aux hémorragies sous-cutanées et musculaires.

Les suffusions sanguines sous-cutanées sont, soit primitives, soit consécutives au piqueté hémorragique du début, ou à l'extension à la surface des épanchements profonds. On les observe aux membres inférieurs, mais aussi aux plis des coudes, à la région sous-maxillaire, au niveau des lésions préexistantes.

Les hémorragies intramusculaires souvent douloureuses peuvent par l'adjonction d'hémorragies périostées, créer le syndrome de la pseudo-paralysie scorbutique de l'adulte. Les indurations réalisées par les suffusions sanguines profondes, sont à la palpation mal limitées, s'accompagnent d'œdème dur aux mollets, aux parties postéro-internes des cuisses et peuvent gêner la marche et la station debout.

Enfin chez les scorbutiques avancés, cachectiques, on peut voir se produire des ulcérations. Parfois il s'agit de lésions infectieuses banales (ecthyma, pyodermites, plaies accidentelles) qui en raison du terrain évoluent vers les ulcérations scorbutiques. Mais les ulcérations peuvent également être primitives. Ce sont des élevures du volume d'une noisette, d'une noix, pseudo-fluctuantes, molles au toucher, donnant par ponction un liquide séro-hématique ou purulent. Puis la peau brune, violacée se rompt. Une ulcération se constitue recouverte de croûtes épaisses, noirâtres, à contours arrondis, à fond bourgeonnant, fongueux, à bords décollés, d'un rouge vineux et saignant facilement.

Ces ulcérations essentiellement atones n'ont aucune tendance à la guérison.

Lésions cutanées préscorbutiques. — Ces dernières signalées ultérieurement par Darier, par Theodorescu, ont été, en réalité observées et remarquablement décrites pour la première fois par Nicolau en 1918, à l'occasion d'une épidémie de scorbut survenue dans certaines formations de l'armée roumaine. Elles méritent donc

d'être appelées : les scorbutides papulo-kératosiques de Nicolau.

Il s'agit essentiellement d'une lésion kératosique ostio-folliculaire, d'une papule cornée très petite, entourée d'une infiltration torpide. Ces papules sont de dimensions variables. Certaines sont des papulo-pustules. Elles peuvent siéger partout, bien qu'elles paraissent respecter habituellement certaines régions (cuir chevelu, face, cou, aisselles, poignets, mains, régions inférieures du corps, région médio-thoracique). Ces lésions ne sont pas prurigineuses, Nicolau les considère comme un signe précoce, concomitant des autres signes prémonitoires du scorbut (pâleur, teint plombé, fatigabilité) ; elles auraient donc une réelle valeur diagnostique. Leur évolution est très longue. Elles peuvent persister ainsi très longtemps, sans modifications.

Par le traitement du scorbut elles disparaissent et ne laissent après elles, que des taches pigmentées, qui disparaissent à leur tour.

Tout récemment (1935) Nicolau a publié une observation de dermatose papulo-folliculaire et en placards papillomateux à marche serpigineuse et cicatricielle, due à l'avitaminose C.

Il s'agissait d'une éruption très polymorphe. Le malade présentait 4 types de lésions, répondant à 4 stades évolutifs de la dermatose :

1° Des éléments papulo-folliculaires, centrés par un bouchon corné, acuminé, sans comédons, sans acné, ni suppuration intra-folliculaire.

2° Des placards papillomateux et végétants, laissant sourdre par expression des gouttelettes de pus.

3° Des placards papillomateux et végétants à évolution serpigineuse et cicatricielle, avec des cicatrices semées de petites saillies brun jaunâtre, parfois pédiculées et parcourues en certains points de ponts fibreux.

4° Des cicatrices pures.

Nicolau rapproche cette éruption de la *Dermatitis follicularis* et *peri-follicularis* ou *acné conglobata* de Lang et Spitzer. Ce cas lui ayant rappelé les scorbutides papulo-kératosiques, le malade d'autre part présentant de l'anémie, de la faiblesse générale, de l'héméralopie vespérale, sans hémorragies cependant, et s'étant soumis

pendant longtemps à une alimentation pauvre en vitamine C (légumes secs, cuits sans graisse, concombres conservés dans la saumure, pain de maïs, parfois en plus un œuf et un demi-litre de lait, très rarement de la viande et des graisses), Nicolau pensa à une avitaminose C. Un régime approprié (alimentation substantielle ; légumes frais ; 2 jus de citron par jour) sans traitement local amena l'amélioration rapide en 8 jours et la guérison complète en 42 jours, d'une affection qui durait depuis 2 ans. Il est donc évident que l'*acné conglobata*, dont les causes sont vraisemblablement variées, peut dans certains cas relever d'une avitaminose C.

Manifestations cutanées du scorbut expérimental

Les auteurs n'ont guère porté leur attention sur les manifestations cutanées au cours de l'avitaminose C expérimentale. L'expérience de l'un de nous, qui remonte à 1915, nous permet d'en donner la description suivante :

Comme nous l'avons ailleurs montré (Mouriquand. Phases de curabilité et d'incurabilité des dystrophies alimentaires, *Presse Médicale*, 27 mars 1935), la dystrophie scorbutique expérimentale passe par une phase eutrophique qui aboutit à une phase dystrophique.

Pendant la phase eutrophique (où la courbe pondérale monte malgré la présence de signes frustes ou affirmés de scorbut) la peau reste normale, les poils lisses, le museau et les pattes n'ont aucune tendance à s'infecter. A la phase dystrophique qui s'amorce vers le 22 ou 24[e] jour, l'aspect des téguments change, les poils se hérissent, mal nettoyés par l'animal affaibli, ils se salissent, s'agglutinent. Fréquemment la peau de la face plantaire des pattes s'ulcère et s'infecte.

Il est rare que l'on constate (mais il faudrait les rechercher attentivement après tonte de l'animal) des pétéchies ou des ecchymoses, comme dans le scorbut humain. La recherche du signe du lacet ne nous a pas donné de résultats positifs.

Quoi qu'il en soit, soulignons qu'à la phase d'avitaminose pure, avant toute intervention de la dystrophie générale, la peau du cobaye scorbutique paraît échapper à la dystrophie par carence.

Ce n'est que lorsque se surajoute à elle la dystrophie générale

que la résistance cutanée fléchit nettement et que la peau s'ulcère et s'infecte.

Il est donc important, au point de vue pathogénique de distinguer ces deux stades de l'avitaminose.

Les travaux récents de Giroud et Leblond et Ratsimamanga (*Société de Biologie*, 26 janvier 1935) ont montré la richesse relative de la peau (châtaigne du cheval, pelote du sabot du porc) en acide ascorbique. Celui-ci est localisé (avec le glutathion, comme lui oxydo-réducteur puissant) surtout au niveau du corps muqueux de Malpighi (corps muqueux 0 mgr. 11 par gramme de tissu frais ; couche cornée 0 mgr. 01 ; derme 0 mgr. 03 (cheval).

Il serait important de savoir (ce qui est vraisemblable) si l'acide ascorbique disparaît rapidement des téguments, quelques jours après la mise au régime carencé (comme il disparaît à ce moment des surrénales, du foie, etc.).

Il est probable que même après sa disparition, la nutrition cutanée (comme la nutrition générale) conserve quelque temps une trophicité suffisante, mais après l'installation de la dystrophie générale nous avons vu que les défenses cutanées disparaissent.

Il semble en tous cas, que l'acide ascorbique (vitamine C) soit (du fait de ses puissantes propriétés oxydo-réductrices) un élément important de la nutrition cutanée. Il n'est certes pas le seul, et pour ne pas sortir des vitamines, il paraît bien unir son action cutanée trophique à celle des vitamines A, D, B-2 (ou B-6).

La clinique comme l'expérimentation incitent donc le médecin à introduire l'acide ascorbique (jus frais) dans les menus, pour assurer la nutrition et les défenses cutanées. Cette action se fera sans doute sentir d'abord sur les capillaires (qui se fragilisent et se rompent dans l'avitaminose C) et sur la couche basilaire et le corps muqueux, parties actives des téguments.

*
* *

Troubles cutanés dans l'avitaminose D

I. *Rachitisme clinique.* — Au cours du rachitisme clinique les réactions cutanées semblent évoluer parallèlement non point tant à la dystrophie ossseuse, qu'à la dystrophie générale. Il existe à ce

point de vue deux types de rachitiques : les rachitiques florides et les rachitiques dystrophiques.

Le rachitisme floride s'observe, surtout dans le premier âge sous forme d'ostéolymphatisme, du type Marfan.

Les téguments sont pâles, mous (*status pastosus*), les tissus surhydratés. Sur ce fond dystrophique les infections sont fréquentes, mais en général subaiguës, traînantes comme chez le lymphatique proprement dit. L'ultra-violet en améliorant la nutrition osseuse (précipitation du calcium au niveau des régions dia-épiphysaires) améliore généralement les défenses cutanées. Il en est de même de l'héliothérapie associée ou non aux bains de mer.

Le rachitique dystrophique est un amaigri, souvent à tendance cachectique. La radiographie osseuse montre une décalcification, en général non localisée aux régions dia-épiphysaires, mais s'étendant à la diaphyse, souvent fragilisée, et parfois, de ce fait, siège de fractures. Dans ces cas, la peau est amincie, souvent rude et sèche au toucher, ou elle est au contraire, parfois le siège de transpirations (surtout craniennes). Elle se défend mal contre l'infection et les eschares.

L'ultra-violet améliore lentement les troubles rachitiques, et ne rend que partiellement leurs moyens de défense aux téguments.

II. *Rachitisme expérimental.* — Le régime rachitigène classique (85 de Pappenheimer) déterminant des lésions osseuses chez le rat, entraîne rarement des troubles cutanés. Le rachitisme a une tendance naturelle à guérir avec l'âge de l'animal et provoque rarement sa cachexie.

Mouriquand, Leulier, Bernheim et Mlle Schœn, ont réalisé chez le rat le rachitisme hypotrophique (par l'adjonction au régime rachitigène de Str, Mg, Ca même). Dans ces cas les troubles osseux apparaissent en l'absence de toute croissance (nécessaire pour les provoquer avec le régime de Pappenheimer). La peau participe alors dans une assez large mesure à la dystrophie osseuse et générale, et l'ultra-violet ou l'ergostérine irradiée améliore assez rarement sa trophicité.

L'intérêt de l'étude de la peau dans l'avitaminose D (ou le rachitisme qui lui est lié) réside en ce qu'elle pose des problèmes intéressants touchant l'action de l'ultra-violet sur son état physico-chimique.

Rappelons que l'ultra-violet provoque, surtout sur la peau fragile de l'enfant, des érythèmes, lorsque leur application est trop longue et trop intense. L'apparition de cet érythème est pris, par certains, comme un test d'action thérapeutique. C'est une erreur, au moins pour le jeune enfant. Chez celui-ci, il est inutile d'arriver au stade érythémateux pour que s'amorce la précipitation calcique au niveau des régions diaépiphysaires (de même que pour voir guérir la spasmophilie marquant la carence en calcium du système nerveux).

D'autre part des applications cutanées trop fortes d'ultra-violet, peuvent avec un minimum de réactions cutanées, entraîner des troubles dystrophiques généraux graves, facteurs d'athrepsie (Mouriquand et Bertoye) ou de divers autres accidents (Marfan), etc.

Comment l'irradiation de la peau du rachitique détermine-t-elle la précipitation calcique sur ces os décalcifiés?

La théorie en faveur est la suivante : la peau contient (dans ses stérols) une provitamine, sans pouvoir antirachitique, elle constitue un lieu de réserve et de protection de cette provitamine. La pénétration cutanée (même superficielle) des rayons ultra-violets transforme cette provitamine inactive en vitamine D antirachitique, qui passant dans la circulation va influencer, dans le sens de la fixation calcique, la nutrition osseuse.

Hess et Weinstock (1925) ont montré que la peau humaine irradiée devient antirachitique pour le rat, alors que la même peau non irradiée ne l'est point. L'acquisition, grâce à l'irradiation, du pouvoir antirachitique de la peau est ainsi démontrée. La pigmentation de la peau (nègres, rats noirs) empêche dans une large mesure la transformation de la provitamine en vitamine D, en raison de la faible pénétration de l'ultra-violet dans les peaux pigmentées.

L'étude de la vitamine D pose d'autres problèmes relatifs à la nutrition cutanée, non encore résolus. Les parathyroïdes apparaissent bien comme le « poste de commandement » du métabolisme calcique, métabolisme influencé d'autre part par la vitamine D.

Certaines affections, comme la sclérodermie paraissent être, dans une certaine mesure, liées à la dystrophie calcique (Pautrier, Leriche, etc.). La parathyroïdectomie l'améliore parfois (Leriche). Les rapports de suppléance des parathyroïdes par la vitamine D (Hess) paraissent d'autre part établis.

Nous rappelons simplement ces faits pour indiquer, dans quelle

voie pathogénique, il pourrait être, pour le dermatologiste comme le vitaminologue, intéressant de s'engager.

Il semble d'ailleurs que les dermatologistes ne se soient pas complètement désintéressés de cette vitamine D. Certains ont conseillé le traitement de l'eczéma et des dermatoses allergiques par cette vitamine (Stepp et Kühnau). J. Peyri (communication orale) se demande si l'avitaminose D ne peut être incriminée dans le psoriasis arthropathique qui est en rapport avec la tuberculose inflammatoire (Poncet et Leriche).

*
* *

Vitamine E

Il y aurait un rapport entre la xanthophylle et la vitamine E (vitamine stérilité). Dans les conditions ordinaires, lorsqu'il n'y a pas de coloration jaune de la peau, il est possible que de petites quantités de cette vitamine passent dans la peau. Celle-ci joue-t-elle en ce qui concerne cette vitamine un rôle particulier? C'est ce qu'il est impossible d'affirmer à l'heure actuelle. On sait par ailleurs, qu'il existe certains rapports entre la vitamine E et l'hormone hypophysaire (Prolan) et pour Verzar, la vitamine E serait peut-être un terme intermédiaire du Prolan.

En tout cas, les rats privés de vitamine E présentent en outre des lésions des glandes génitales, des modifications du pelage, qui devient soyeux, laineux, alors que normalement il est raide. Les poils perdent leur élasticité (Vezar-Kokes). Le manque d'hormone hypophysaire entraîne chez le rat mâle la même modification du pelage.

*
* *

Vitamine H

Il existerait dans la levure, la pomme de terre, le foie, les reins, en plus petite quantité dans les légumes, en proportions moindres dans le lait de femme que dans le lait de vache, une vitamine H (facteur cutané) hydrosoluble, résistant à la chaleur, sensible aux oxydations. Par un régime spécial privé de cette vitamine, on obtiendrait chez le rat des modifications cutanées, *status sebor-*

rheicus avec érythrodermie et parfois infection tégumentaire et abcès. Le facteur cutané amènerait la guérison de ces troubles tégumentaires.

Pour Moro l'excès de graisse interviendrait à côté de l'avitaminose H. Chez l'homme on ne sait rien sur les troubles tégumentaires engendrés par la carence en facteur cutané (avitaminose H).

*
* *

Vitamine de pigment

Walter (communication orale) croit au rôle des vitamines dans le xanthélasma avec hypercholestérinémie. Pour Jausion, pour J. Peyri (communication orale) les avitaminoses ne joueraient aucun rôle dans les hyperchromies, pour ce dernier la pigmentation serait même plutôt le fait des hypervitaminoses. Pour Sainz de Aja, par contre (communication orale), les avitaminoses pourraient intervenir dans les hyperpigmentations.

Morawitz observant une femme atteinte d'entérite et de ce fait soumise à un régime pauvre en vitamines, constata le brunissement des téguments, en même temps qu'apparaissaient des signes de scorbut. L'administration d'oranges, de citrons amena la disparition d'un chloasma remontant à plusieurs mois.

Les vitamines seraient donc susceptibles d'éclaircir la peau.

Morawitz se demande si la pigmentation addisonienne ne serait pas la conséquence d'un appauvrissement des surrénales en vitamines. La cortico-surrénale contient en effet, des vitamines (Szent-György). On y trouve l'acide ascorbique qui *in vitro* arrête l'oxydation des phénols, processus au cours duquel s'élaborent les mélanines.

Morawitz a vu dans un cas, l'administration de cortico-surrénale atténuer la pigmentation addisonienne. Mais dans la maladie d'Addison, il y a très rarement des signes de scorbut; dans ce dernier d'autre part la pigmentation est exceptionnelle. Aussi pour Morawitz, l'acide ascorbique, la vitamine C, ne seraient pas assimilables à la vitamine qui prévient la pigmentation, à la vitamine de pigment.

Rapport des vitamines en général avec la vie des phanères et la nutrition cutanée

Rapport des vitamines avec les phanères. — Les communications orales, qui ont répondu à notre enquête, ne nous ont pas apporté de faits précis sur ce point.

Pour Sainz de Aja, les avitaminoses ralentiraient la croissance des phanères. Pour Karolyi, la carence en vitamines pourrait également retentir sur les cheveux. Pour J. Peyri, les onychoses, l'alopécie prématurée idiopathique ne seraient peut-être pas sans rapport avec les avitaminoses.

Rapport avec la nutrition et la défense cutanées. — Berde Karolyi (Pécs) pense que la carence en vitamines diminue la résistance cutanée aux parasites végétaux (communication orale). Walter (communication orale) croit que les avitaminoses peuvent jouer un rôle dans les pyodermites à répétition de l'enfant.

Meska rappelant les expériences d'Abderhalden d'après lesquelles les rats nourris avec une seule sorte d'aliments présentent des troubles généraux et cutanés associés à un parasitisme tégumentaire important, prétend que les avitaminoses diminuent la résistance de la peau aux parasites animaux et végétaux. La carence en vitamines aurait pour cet auteur, constitué une cause favorisante des épidémies de gale, qui ont sévi en Autriche pendant la guerre, et de microspories, qui à Berlin ont passé en 1918 de 2 à 35 o/o chez les enfants.

Sutherland constatant dans le comté d'Abderhalden, que l'alimentation des classes pauvres est nettement déficiente en vitamines A et D, donne pendant 6 mois à 294 enfants de la classe ouvrière une forte dose de vitamines A et D; le développement et la résistance aux infections n'en sont pas améliorés. Pour agir les vitamines exigent un régime équilibré.

Syndrome cutané imputable aux avitaminoses. — Nous rapportons sous cette rubrique un cas intéressant publié par Jersild et Moltke. Il s'agissait d'un syndrome de Vidal (hyperkératose psoriasiforme et arthropathies) non gonococcique, survenu chez un sujet dont l'alimentation était particulièrement pauvre en vitamines A et D. Une thérapeutique polyvitaminique (vitamines A, B, C, D) amena des résultats remarquables.

En raison du caractère psoriasiforme des lésions, les auteurs se demandent si les avitaminoses ne jouent pas un rôle dans le psoriasis ; mais les essais thérapeutiques qu'ils ont poursuivis dans ce sens restent peu probants.

Il persiste, comme on le voit, beaucoup d'inconnues, en ce qui concerne les rapports de la peau et des vitamines. On connaît cependant la dépendance de certaines maladies cutanées vis-à-vis des dysendocrinies, et par ailleurs, on n'ignore pas les rapports existant entre les vitamines et les hormones (parenté clinique entre les vitamines liposolubles et les hormones sexuelles, entre les vitamines et la thyroïde, entre la vitamine D et les parathyroïdes). Il se pourrait donc que le bon fonctionnement endocrinien dépendît de l'apport cutané de certaines vitamines (Kühnau et Stepp) et qu'ainsi les vitamines intervinssent indirectement dans le fonctionnement correct de la peau. Mais la question est complexe et le problème incomplètement éclairci.

*
* *

Avitaminose et pellagre

L'étude de la pellagre, maladie où prédomine la dystrophie cutanée (à laquelle s'associent des troubles digestifs et nerveux), pose d'importants problèmes, en ce qui concerne ses rapports avec les avitaminoses.

Ce n'est pas le lieu, de rappeler l'histoire et les manifestations bien connues de cette affection.

Seule son étiopathogénie nous retiendra succinctement. Malgré de nombreuses recherches cliniques et expérimentales, cette étiopathogénie demeure obscure. La conception que s'en est faite l'un de nous, ne saurait prétendre à contenir toute la vérité, mais paraît apporter (au moins dans l'état actuel de nos connaissances) des éléments d'explication et de synthèse qui ne sauraient être négligés.

La théorie parasitaire (Sambon) et la théorie infectieuse (Tizzoni, Harris, etc.) ne semblent plus guère en faveur. Depuis longtemps, la théorie alimentaire gagne du terrain ; mais d'elle dérivent des sous-théories, expliquant chacune à sa manière le rôle du « facteur aliment » dans la genèse de la pellagre.

D'un point de vue général, ce facteur joue sûrement. L'immense majorité des pellagreux (il y a quelques rares exceptions) sont des « mal alimentés » quantitativement ou qualitativement (ou les deux à la fois). L'économique d'après-guerre a fait que la plupart des régions pellagreuses ont été mieux alimentées. On a vu de ce fait, décroître ou disparaître la pellagre (communications orales de Sainz de Aja et J. Peyri).

En quoi consiste l'alimentation pellagrigène ?

Dans la majorité des cas, on le sait depuis longtemps (Casal, 1735, etc.), les régions à pellagre, sont celles où prédomine l'alimentation à base de maïs (notion, nous le verrons, qu'il ne faut pas tenir pour absolue). Les premiers auteurs pensaient que cette alimentation suffisait à la produire. Lombroso et beaucoup d'autres après lui, ont soutenu que seul le maïs gâté, par un parasite, le verdérame (grâce aux substances toxiques qu'il élabore), avait ce pouvoir pellagrigène. Pour d'autres, le parasitisme n'est pas en cause ; la céréale contient une substance toxique, photosensibilisatrice, expliquant l'action des rayons solaires sur la peau du pellagreux.

Des travaux récents (Guido de Probizer, Hutchinson et Paterson, Buschke et Langer, W.-A. Popel, Zaroubine, Barthélemy) mettent encore en cause le maïs, mais le plus souvent en accommodant cette théorie maïdique au goût du jour, c'est-à-dire en faisant de l'alimentation maïdique le facteur de photosensibilisation.

Lorsque furent introduites par Funk, la notion d'avitaminose, et celle plus large et plus « clinique » de carence (Weill et Mouriquand), la question parut s'éclairer ; la pellagre devint pour beaucoup de médecins, une maladie par carence alimentaire.

Cette carence alimentaire, bien qu'elle puisse lui être liée, n'implique pas l'insuffisance quantitative (il semble au contraire que plus la consommation maïdique est grande, mieux se développe la pellagre), mais implique le manque d'une ou plusieurs substances dans la ration, et de ce fait un déséquilibre alimentaire spécial.

Quelles substances indispensables manquent donc dans le maïs ?

Funk pensa à l'absence (du fait de la décortication du maïs) d'une vitamine spéciale, contenue dans l'enveloppe éliminée.

Les épidémies américaines, liées au trop haut blutage du grain,

par l'emploi des cylindres (au lieu des meules) semblèrent lui donner raison. Mais il ne put isoler la vitamine antipellagreuse.

Sans nier la carence d'une vitamine, il fallait dans ces cas tenir compte de la carence d'autres éléments dans le maïs. Avec Osborne et Mendel on admit que ses albumines (zéine et glutéine) étaient privées de tryptophane, acides aminés essentiels à la nutrition générale et peut-être cutanée. La carence de sels minéraux devait être aussi envisagée.

Avec Golberger (qui assimila la « Black Tongue » du chien à la pellagre) reparut l'idée d'une avitaminose spéciale, responsable de la pellagre, liée à la carence du maïs en vitamine P. Ses recherches expérimentales semblèrent confirmer cette opinion.

Enfin, plus récemment, les études nombreuses portant sur la vitamine B (voir Mme Randoin et Simonnet) parvinrent à dissocier cette vitamine en plusieurs vitamines B-1 (antinévritique) et B-2 : *antipellagreuse* qui nous intéresse ici.

Mais ces travaux de dissociations (bien exposés dans le livre récent de Christian Bomskov (Kiel) : *Methodik der Vitaminforschung*, 1925) ne s'arrêtent pas là ; les récentes recherches de Szent Györgyi semblent démontrer que B-2 est lui-même un complexe contenant plusieurs vitamines, en particulier une vitamine B-6 qui serait la « vraie » vitamine antipellagreuse.

La théorie de la carence présente l'intérêt de faire sortir le problème de la pellagre de la théorie purement maïdique, pour l'étendre à d'autres alimentations (non maïdiques) où joue le déséquilibre alimentaire.

Il semble bien que la pellagre, ou plus exactement le « terrain pellagreux », relève d'une avitaminose spéciale (B-2 ou B-6 ?), mais aussi d'un déséquilibre plus général de la ration qui lui est associé (carence d'amino-acides, de sels, etc.).

Il ne semble pourtant pas que cette conception puisse expliquer la majorité des faits cliniques. L'un de nous a d'ailleurs montré que la plupart des maladies par carence (avitaminoses A, B, C, D (1)), se révèlent souvent du fait de l'intervention d'un ou de plusieurs facteurs de révélation. Il paraît en être ainsi dans la pellagre.

(1) G. Mouriquand. Les facteurs de révélation dans les dystrophies inapparentes. *Presse Médicale*, 7 mars 1934.

Terrain pellagreux et facteurs de révélation

Il semble légitime d'admettre que pour la pellagre (comme pour les autres avitaminoses) la ration carencée trop longtemps et trop exclusivement consommée crée un déséquilibre nutritif spécial qui tantôt aboutit aux manifestations frustes (érythèmes pellagroïdes pseudo-pellagres) ou affirmées de la maladie, tantôt reste asymptomatique, inapparent. Certaines causes semblent en agissant sur ce déséquilibre latent, pouvoir jouer le rôle de facteur de révélation.

Envisageons, à ce point de vue, le rôle des facteurs alimentaires et extra-alimentaires.

I. — Facteurs de révélation alimentaires. Les diétotoxiques

La consommation même abondante, de maïs ne suffit en général pas à faire apparaître la pellagre, si par ailleurs, la ration est équilibrée par la consommation de protides, lipides, glucides, vitamines diverses, en quantité suffisante.

La monotonie alimentaire (Nicolas et Jambon, Mac Callum et Simmonds, Lina M. Potter), surtout maïdique, écarte les substances « rectificatrices » du déséquilibre nutritif et permet soit le jeu de la carence proprement dite, soit celui des diétotoxiques.

De nombreux travaux récents ont insisté sur l'importance de ce facteur (Bigland, Aric, Dostrowsky, Gougerot, Burnier et Jean Meyer, Clément Simon, Mauthos).

Action de l'avitaminose B-2 *ou* B-6. — La carence, surtout partielle, d'une vitamine ne joue au maximum, dans le sens pathogène, symptomatique que lorsque la ration est par ailleurs déséquilibrée en autres substances minimales ou maximales (Mouriquand). Alors qu'une petite dose de vitamine C, par exemple, comme nous l'avons montré, retarde le scorbut en présence d'une ration par ailleurs équilibrée, elle n'empêche pas son installation rapide en présence d'une ration déséquilibrée.

Cette conception semble valable pour la vitamine anti-pellagreuse. La monotonie alimentaire maïdique, en pluricarençant la ration, fait mieux sentir à la nutrition, la déficience de cette vitamine.

Rappelons à ce point de vue, les faits frappants rapportés par V. Babes. Pendant la guerre, des prisonniers russes et roumains furent soumis dans un camp de concentration à une alimentation fortement déséquilibrée et carencée. Les premiers firent du scorbut (par avitaminose C), les seconds (roumains paysans nourris pendant la paix, de farine de maïs) développèrent de la pellagre, comme si l'insuffisance et le déséquilibre du régime avaient révélé, chez eux, une dystrophie pellagreuse, restée jusque-là inapparente.

Rappelons pour mémoire que des communications toutes récentes incriminent le rôle des vitamines (Javier M. Tomme Bona et Antonio Marin Qeesada, Kohns, Shono, Boas, Sagher).

Déséquilibre alimentaire et diétotoxiques. — Pour nous en tenir encore à la pellagre « maïdique » la plus importante, mais non la seule, nous ferons la remarque suivante :

Il semble difficile de refuser toute valeur aux anciennes théories toxiques, qui envisageaient, soit une toxicité propre au maïs, soit une toxicité d'origine parasitaire (Lombroso). Si cette toxicité existe, elle ne paraît, comme l'avitaminose, agir que dans des conditions spéciales. Elle fait sentir ses effets exceptionnellement chez les mangeurs de maïs à ration par ailleurs équilibrée, mais presque toujours chez ceux à ration monotone et déséquilibrée.

Nous avons par ailleurs montré (Mouriquand, les Diétotoxiques, *Presse médicale*, 1er mai 1926) que certaines substances (d'origine alimentaire ou autre) non toxiques en présence d'un régime équilibré, deviennent toxiques en présence d'un régime déséquilibré. Nous les avons nommées : les *Diétotoxiques*. La diétotoxicité apparaît comme une notion nouvelle, qui éclairant la pathogénie d'autres maladies par carence, peut, semble-t-il, dans une certaine mesure éclairer celle de la pellagre.

On conçoit que le déséquilibre nutritif qui est à la base de la dystrophie inapparente, puisse être déterminé par une autre alimentation que la maïdique. Nombre de rations sans maïs sont insuffisantes, déséquilibrées, et, sans doute, dépourvues de vitamine antipellagreuse. Elles sont donc, elles aussi, capables de créer le déséquilibre inapparent, nécessaire pour que les facteurs extra-alimentaires puissent agir dans le sens de la « révélation » de la dystrophie.

II. — Facteurs de révélation extra-alimentaires

Divers facteurs ont été accusés de produire, ou de favoriser l'éclosion et l'évolution de la pellagre. Retenons les plus connus : les facteurs météorologiques (solaire), les facteurs toxiques, les facteurs infectieux.

Facteurs météorologiques : Facteur solaire. — Les rayons solaires jouent un rôle primordial dans le déterminisme de la pellagre. Nous n'avons pas à rappeler en détail tous les arguments qui militent en sa faveur : apparition ou réapparition de la pellagre et de ses réactions cutanées et autres, sous l'action du soleil printanier et estival ; disparition ou atténuation pendant l'hiver ; érythème pellagreux siégeant à peu près exclusivement sur les parties découvertes (1), etc.

Il semble également admis que l'érythème pellagreux (comme l'érythème non pellagreux) relève plutôt des rayons U. V. du spectre solaire.

Cependant il apparaît bien, si l'on tient compte des expériences de Gougerot et Jean Meyer, que si les pellagreux ont une hypersensibilité aux rayons de courte longueur d'onde, les autres parties du spectre visible et invisible ne sont pas indifférentes.

La clinique montre donc qu'un érythème solaire n'aboutit aux manifestations vraies de la pellagre que dans des conditions déterminées.

Le paysan à ration équilibrée peut s'exposer, en tous pays aux rayons solaires, sans en être atteint. Est atteint d'érythème pellagreux (puis de troubles digestifs, nerveux, etc.), celui seulement (ou à peu près seulement) qui se présente au facteur de révélation

(1) Strambio, Gherardini, Charcot, Bouchard, Artz, Zaroubine, Guillain, Mollaret et Lereboullet, Lévy-Franckel et Abaza, Gougerot et ses collaborateurs, Mauthos, Jausion. Toutefois l'érythème pellagreux peut se voir chez des ouvriers travaillant à l'ombre (Calderini), on peut l'observer en hiver (Landouzy, Gintrac, Sept) ; il peut siéger sur les parties couvertes (Leloir) telles que pieds, plantes. L'action des rayons solaires ne résume donc pas le problème, et il serait absolument faux d'assimiler l'érythème pellagreux à l'érythème solaire, dont il n'a pas d'ailleurs les caractères objectifs et la stricte localisation (Merk).

« solaire » en état de déséquilibre nutritif spécial, de dystrophie pellagreuse inapparente.

La ration où prédomine le maïs favorise, nous l'avons vu, cette dystrophie pellagreuse, inapparente préalable, mais d'autres rations carencées peuvent la favoriser.

Par quel mécanisme se fait la révélation ?

Nous rappellerons ici les expériences de Horbaczewsky, qui nourrissant des souris blanches avec du maïs, les voit s'hypersensibiliser aux rayons actiniques, alors que rien de pareil ne s'observe chez les animaux à pelage foncé. Sans vouloir prendre à notre compte l'interprétation qu'on a voulu faire de ces recherches en faveur de la théorie maïdique, reconnaissons qu'elles mettent en évidence ce facteur de révélation qu'est le soleil chez les sujets prédisposés. Il semble bien d'ailleurs que les auteurs qui récemment (Gougerot, Jausion, etc.) ont défendu la théorie solaire n'admettent cette hypothèse que sous l'angle d'une action de déclenchement solaire s'exerçant sur un terrain préparé et exigeant une photosensibilisation préalable d'un mécanisme d'ailleurs discutable.

Les rayons solaires agissent-ils dans cette conception, sur une substance photosensibilisatrice cutanée (qui ne deviendrait pathogène que sur fond de carence nutritive)? C'est possible.

Les conceptions actuelles étant plus favorables à la notion d'avitaminose de substance B, ou B-2, (ou plus récemment B-6) comment cette carence jouerait-elle en présence des rayons solaires, pour entraîner la manifestation cutanée? Il est difficile de le dire. Cependant la vitamine antipellagreuse est considérée comme une vitamine de nutrition cutanée. Absente elle ne remplit plus son rôle trophique, et l'agression solaire peut alors jouer dans le sens de la dystrophie cutanée. Mais notons une fois encore, que cette dystrophie n'est qu'un élément (le premier sans doute, en tout cas le plus frappant) de la dystrophie pellagreuse, qui finit par atteindre la nutrition tout entière (1).

Notons en passant, le fait, que le métabolisme de la vitamine D

(1) Rappelons que normalement la peau contient de la vitamine A et C (et de la provitamine D); peut-être que la carence de ces vitamines dans la ration « monotone » peut aggraver l'effet de la carence de la vitamine antipellagreuse et favoriser l'action des facteurs de révélation. Il y a là une hypothèse de travail.

(antirachitique) paraît, en un certain sens s'opposer à celui de la vitamine antipellagreuse. Tout se passe comme si la carence solaire d'hiver en favorisant la guérison de la pellagre, favorisait l'apparition du rachitisme. L'inverse est également vrai ; le soleil de printemps guérit le rachitisme en transformant en vitamine, la provitamine D ; par contre, il met, par l'érythème pellagreux, en relief, la carence cutanée en vitamine B-2 ou B-6.

Facteurs toxiques. — Il existe actuellement de nombreux cas de pellagre ou d'érythème pellagroïde (Hardy, Hillairet, Gaucher, Perrin, Brault, Nicolas et Jambon, Gougerot, Burnier, J. Meyer et André Meyer-Heine, Nicolas et ses élèves, Gaté et ses collaborateurs) où certains facteurs toxiques paraissent avoir joué un rôle favorisant ou déterminant. La plupart de ces auteurs retiennent avant tout l'importance du facteur alcool.

Que vaut cette étiologie ?

L'analyse des cas rapportés à l'appui de cette conception montre que dans la grande majorité d'entre eux l'alcoolisme a agi sur une nutrition déséquilibrée du fait d'une insuffisance et d'un déséquilibre alimentaires.

Tantôt il s'agit de malheureux à la portion congrue, et qui consacrent leurs maigres ressources à l'achat et la consommation de l'alcool.

D'autres fois, un sujet possédant des ressources suffisantes, se livre à un alcoolisme qui provoquant la gastrite, les troubles hépatiques, entraîne l'inappétence, facteur d'insuffisance et de déséquilibre alimentaires.

Dans ces cas, la dystrophie nutritive existe, et l'alcoolisme apparaît, comme un facteur important de sa révélation séméiologique (1).

Facteurs infectieux. — Quelques auteurs ont voulu ces derniers temps reprendre la théorie infectieuse de la pellagre. Guinzbourg

(1) On pourrait ici rappeler, pour mémoire, la conception de Sabry. Pour cet auteur la pellagre serait due à une substance pouvant former du pigment, donc voisine de la dopa (dioxyphénylalanine), substance qu'il appelle la pellagrotoxine et qui se trouverait dans le maïs à grains noirs, mais aussi dans le vin frelaté, constatation qui laisserait la porte ouverte au rôle possible des boissons fermentées. Sabry fait donc de la pellagre une toxémie. Rien ne s'oppose, dans le cas où cette toxémie serait plus qu'une hypothèse, à la considérer comme un facteur de révélation de la dystrophie.

en 1931 rapporte cinq cas de pellagre chez des sujets ne consommant pas de maïs, et à ce propos, soutient l'origine infectieuse de la pellagre. Margarot et Plagniol en 1931 rapportant deux cas de pellagre avec troubles nerveux très marqués imposant le diagnostic d'encéphalite avec syndrome pellagroïde, font remarquer l'importance chez leurs malades des manifestations aiguës (fièvre, arthralgies, réactions méningées), l'efficacité des médicaments anti-infectieux (urotropine, salicylate), les ressemblances de la pellagre avec l'acrodynie (allure endémo-épidémique, triade nerveuse, digestive, cutanée) et défendent la théorie infectieuse de la pellagre. Toutefois, dans un travail plus récent (1933), ils admettent un processus initial de carence et un second facteur de déclenchement, la lumière. Cette conception nous ramène dans le cas d'une infection surajoutée, connue ou supposée, à envisager cette dernière comme un simple facteur de révélation.

Signalons également une observation de Gaté et Michel (1929) de pellagre fruste chez une hérédo-syphilitique, un cas de Kohns (1933) d'érythème pellagreux survenu au cours d'une gangrène pulmonaire. Là encore l'infection surajoutée peut être considérée comme accessoire et ne semble bien n'être qu'un facteur de révélation.

Cas de pellagre sans déséquilibre alimentaire apparent

Restent enfin un certain nombre de cas, où l'alimentation paraît normale, équilibrée, et où, sous l'influence de causes diverses (éthylisme, etc.) la pellagre s'est développée.

Ces cas ne sauraient être étudiés et critiqués d'assez près.

A leur sujet il importe de se poser d'abord la question :

S'agit-il de pellagre vraie ?

C'est toute la question des érythèmes pellagroïdes et des pseudo-pellagres. Elle a été soulevée par la constatation, chez certains sujets n'ayant jamais consommé de maïs, d'un érythème du type pellagreux avec quelques signes digestifs et nerveux. Les partisans du zéisme en pareil cas, parlent de pseudo-pellagre. Pour Bouchard et Charcot les érythèmes pellagroïdes seraient purement solaires. Pour d'autres auteurs, les pseudo-pellagres se voient à titre d'accidents chez des aliénés, des cachectiques, des tubercu-

leux, des alcooliques, Roussel défend cette opinion, ainsi que Jeanselme en 1895. Actuellement la clinique ne permet pas de différencier la pellagre des pseudo-pellagres. L'érythème pellagroïde et le coup de soleil sont très différents. On a publié par ailleurs, dans des pays non pellagrogènes, des pellagres typiques pouvant aboutir à la mort (Landouzy, Bouchard, Perrin, Brault, Nicolas et Jambon, Nicolas, Massia et Dupasquier, Gougerot). Nicolas et Jambon dès 1908, Nicolas, Massia et Dupasquier en 1922, ont prouvé qu'il n'y a pas de distinction clinique réelle entre les pseudo-pellagres et les érythèmes pellagroïdes et la pellagre vraie. Il y a un syndrome pellagreux englobant la pellagre vraie et les pseudo-pellagres ou érythèmes pellagroïdes, ces derniers se terminant souvent en pellagre vraie (observation de Nicolas et Jambon). En 1929 Gougerot, Meyer et Uhry ont apporté des cas de transformations semblables et pour ces auteurs les pellagroïdes ne sont que des pellagres incomplètes et atténuées. Dès 1916, d'ailleurs Sambon affirmait l'unicité de la pellagre, la pellagre d'Amérique est identique à celle d'Europe et d'Afrique, elle est la même chez le blanc et le nègre. La vérité est donc, qu'il faut admettre un syndrome pellagreux sans préjuger de son étiologie. Nous ne parlons pas ici de la pellagre, sans pellagre, c'est-à-dire sans érythème pellagreux, ce dernier manquant exceptionnellement, mais pouvant parfois être tardif.

S'il s'agit dans tous les cas de pellagre n'existe-t-il pas une autre carence que celle d'origine alimentaire ?

En effet nous avons depuis longtemps attiré l'attention (G. Mouriquand. Carence alimentaire, Carence digestive, Carence nutritive. *Presse Médicale*, 7 novembre 1925) sur l'existence à côté de la carence alimentaire proprement dite, de carence digestive, et nutritive. Une ration équilibrée peut être mal absorbée du fait de troubles digestifs (diarrhée (1)) ou de troubles d'absorption intestinale à préciser.

(1) C'est ainsi que Thomas Caro Paton a apporté deux cas de pellagre chez des sujets normalement alimentés, non alcooliques, mais diarrhéiques, donc assimilant mal, et l'auteur admet dans ces cas, l'idée d'une carence alimentaire d'origine purement digestive. Par ailleurs les auteurs américains ont rapporté des cas analogues de pellagres secondaires, où les signes digestifs conditionnés par une affection gastrique ou intestinale sténosante étaient les premiers en date, le rôle pellagrigène de l'affection gastrique ou intestinale

Mais nous savons, que même dans les cas où la ration est bien digérée, certaines vitamines (en particulier les vitamines A, D, C,) peuvent ne pas être convenablement utilisées par l'organisme du fait d'un trouble organique, endocrinien, ou autre, etc.) (1).

Il s'agit de toute façon en dernière analyse, de carence nutritive.

Cette question peut-elle s'appliquer aux cas envisagés ici?

Nous posons la question.

*
* *

Conclusions

Au cours de la plupart des dystrophies générales la peau manifeste sa » souffrance », variable suivant la cause primordiale de la dystrophie.

Elle est généralement affectée dans les dystrophies d'origine alimentaire et d'autant plus gravement que le sujet est plus jeune (athrepsie, etc.).

L'expérimentation, comme la clinique, révèle le trouble cutané. Il est particulièrement net dans certaines maladies par carence, large groupe clinique, relevant du déséquilibre alimentaire et dont font partie les avitaminoses.

Nous avons successivement souligné dans ce rapport les troubles et réactions cutanés au cours de l'avitaminose A, souvent parallèles à la xérophtalmie et pouvant s'aggraver du fait de l'adjonction de certains facteurs au régime (extrait thyroïdien). Au cours de l'avitaminose B clinique, les réactions cutanées suivent en général les progrès de la polynévrite (forme sèche) ou de l'œdème (forme humide). La carence du régime en vitamine B (probablement B-2) favorise la chute des poils, des plumes des animaux (voir pellagre).

étant naturellement indirect et ne jouant que par défaut d'assimilation, par dénutrition.

(1) Nous rappelons à ce point de vue, le cas de Barthélemy, dans lequel une pellagre avec paraplégie s'accompagnait d'une cataracte endocrinienne. Kleinmann, d'autre part, dans le même ordre d'idée prétend que la pellagre est une maladie du système endocrino-végétatif, la pellagre demandant pour se réaliser un terrain particulier. Euzieres et Pages ont de leur côté soulevé l'hypothèse d'une altération des centres végétatifs combinée avec une perturbation hépatique.

La clinique a depuis longtemps montré la fréquence des réactions cutanées au cours du scorbut (avitaminose C) allant des simples pétéchies, de la peau ansérine aux larges ecchymoses, aux décollements et aux ulcères atones. Nicolau en particulier a eu le mérite d'individualiser un syndrome cutané de la précarence C.

Au cours du rachitisme floride (avitaminose D ?) la trophicité de la peau est rarement compromise ; elle l'est souvent au cours du rachitisme dystrophique et cachectique.

L'U. V. renforce les défenses cutanées, transforme la provitamine D (sans pouvoir antirachitique) en vitamine D fixatrice du calcium.

Les troubles cutanés liés à l'avitaminose E sont à l'étude.

La pellagre est la maladie par carence où les troubles cutanés sont les plus manifestes. L'étude étiopathogénique de cette dystrophie est donc capitale pour la question ici discutée.

Ni la théorie infectieuse, ni la théorie toxique, ni l'ancienne théorie maïdique (Lombroso) ne donnent une explication suffisante des faits observés.

Dans l'état actuel de nos connaissances on peut considérer la pellagre comme résultant essentiellement de deux types de facteurs essentiels :

1° Les facteurs de déséquilibre nutritif ;

2° Les facteurs de révélation de ce déséquilibre.

On peut admettre avec la grande majorité des auteurs que presque tous les pellagreux sont des déséquilibrés alimentaires (insuffisance quantitative et surtout qualitative). Une nourriture prédominante en maïs (carence en vitamine antipellagreuse, mais aussi en amino-acides, sels, etc.) favorise surtout ce déséquilibre, mais cette alimentation n'est pas seule à la favoriser (pellagre non maïdique).

La carence en vitamine B, pour les uns, B-2 ou B-6 pour les autres, orienterait les manifestations de la carence vers une traduction cutanée, mais les faits cliniques plus complexes que les faits expérimentaux, montrent que cette avitaminose ne donne son plein rendement séméiologique, qu'en présence d'une ration par ailleurs déséquilibrée dans ses éléments physico-chimiques essentiels.

Il est, d'autre part, à côté de la carence difficile d'écarter absolument l'ancienne notion de « toxicité » propre du grain (ou résultant

de son altération). Mais cette toxicité elle-même ne semble faire sentir ses effets, qu'en présence d'un déséquilibre alimentaire spécial (voir ci-dessus) (Diétotoxiques de Mouriquand).

Le terrain « pellagreux » ainsi préparé, peut, pendant un temps plus ou moins long ne pas manifester son déséquilibre, s'il ne rencontre un ou des facteurs de révélation. Le soleil est le principal facteur de révélation de la pellagre, mais à côté de lui existent l'alcoolisme, les auto-intoxications et infections diverses (la présence de ces infections a pu faire croire à l'origine primitivement infectieuse ou parasitaire de la pellagre, alors qu'elles n'agissent apparemment que comme facteurs de révélation).

Certains faits obscurs (pellagre sans carence alimentaire) peuvent être expliqués, soit par une carence digestive, soit par une carence nutritive, empêchant l'utilisation des vitamines ou autres facteurs essentiels à la nutrition cutanée.

Les recherches expérimentales et biochimiques récentes en décelant dans les téguments la présence de vitamine A, C et D et probablement B-2, etc., montrent l'importance de ces substances minimales dans leur nutrition et peuvent, dans une certaine mesure, expliquer les réactions dermatologiques au cours des diverses carences. Une alimentation équilibrée, riche en vitamines diverses (surtout B-2) pourra dans des circonstances qu'il appartient aux dermatologistes de préciser avoir une action favorable sur l'évolution des troubles cutanés, en relation directe ou indirecte avec les avitaminoses, ou plus exactement avec les diverses carences d'origine surtout alimentaire, mais, parfois, aussi digestive ou nutritive.

BIBLIOGRAPHIE

Travaux d'ensemble.

Babès. — *Travaux sur la pellagre,* exécutés sous la direction de V. Babès. Imprimerie Cultura, Bucarest, 1923.

Jadassohn (J.). — Der gegenwärtige Stand der Pellagrolalehre, mit 23 Abbildungen, *Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten herausgegeben von* J. Jadassohn, T. **4**, n° 2. Julius Springer, édit., 1933.

Marie. — *La pellagre,* Paris, 1908. Giard et Brière, édit. ; Congrès de Rome, 1912, *Comptes rendus.*

Merk. — *Manifestations cutanées de la pellagre.* Édit. franç. de Lucien Müsbruch, 1911.

NICOLAS (J.) et MASSIA (G.). — Pellagre, à paraître *in Nouvelle Pratique Dermatologique*. Masson et Cie, éditeurs ; Scorbut et maladie de Barlow. Avitaminose C, à paraître *in Nouvelle Pratique Dermatologique*. Masson et Cie, éditeurs.

SAMBON. — Sur l'étiologie de la pellagre, *Presse Médicale*, 1916.

Autres travaux.

ARTZ (L.). — Sur la pellagre sporadique dans l'Autriche nouvelle, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1926, p. 1057.

BARTHÉLÉMY (R.). — Sur un cas de pellagre parisienne. Société française de Dermatologie et Syph., 9 juillet 1931, *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 1931, p. 1102 ; Un cas français de pellagre avec paraplégie et cataracte endocrinienne. Soc. fr. Derm. et Syph., 6 avril 1933, *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1933, p. 582.

BIGLAND. — *Lancet*, 1923, p. 1295.

BOAS (H.). — Un nouveau cas de pellagre, *Dermatologische Zeitschrift*, t. **69**, f. 2, mai 1934, p. 84.

BONA (Javier M. Tome) et QUESADA (Antonio Marin). — Quelques considérations cliniques et étiologiques sur un cas de pellagre, *Actas Dermo-Sifiliograficas*, année **25**, décembre 1931, n° 3, p. 172.

BOMMER. — Peau et vitamines, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 13 avril 1934, p. 570.

BUSCHKE et LANGER. — *Klinische Wochenschrift*, 1921, n° 42.

DOSTROWSKY (Aric). — Sur quelques cas de pellagre en Palestine, *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **159**, 1929, n° 1, p. 112.

DRIGALSKA (Von). — Contribution au rôle de la vitamine C dans le métabolisme des pigments, *Klinische Wochenschrift*, année **13**, septembre 1934, n° 38, p. 1354.

EUZIÈRE et PAGES. — Considérations sur un cas de pellagre associé à un syndrome parkinsonien, *Sud Médical et Chirurgical*, 15 avril 1932, p. 1919.

FAN PIENG-TCHE. — Contribution à l'étude de la pellagre. Données étiologiques récentes, *Thèse de Lyon*, 1933.

FLINKER. — Étiologie et pathogénie de la pellagre, *Wien. klin. Wochenschrift*, année **84**, 18 août 1934, n° 34, p. 900 ; 25 août 1934, n° 35, p. 930 ; 1er septembre 1934, n° 36, p. 960.

GATÉ (J.) et MICHEL (P. J.). — Un cas d'érythème pellagroïde, *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 4 juin 1929 ; *Lyon Médical*, 20 octobre 1929, p. 465.

GATÉ (J.) et TREPPOZ (M.). — Syndrome pellagroïde chez une éthylique non carencée. Réunion derm. de Lyon, 26 juin 1930, *Bulletin de la Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1930, p. 810.

GATÉ (J.), TIRAN (P.) et THÉVENON (J. A.). — Érythème pellagroïde chez une éthylique non carencée. Réunion derm. Lyon, 19 mai 1932, *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1932, p. 775.

GIROUD (A.), LEBLOND (C. P.) et RATSIMAMANGA. — La vitamine C dans la peau, *Soc. de Biologie*, 26 janvier 1935.

GOODWIN (G.). — Manifestations cutanées de la carence en vitamine A, *The British Medical Journal*, 21 juillet 1934, n° 3837.

GOUGEROT (H.). — Insuffisance progressive et atrophie des glandes salivaires et muqueuses de la bouche, des conjonctives (et parfois des muqueuses

nasale, laryngée, vulvaire). Soc. fr. Derm. et de Syph., 12 novembre 1925, *Bulletin Soc. fr. de Derm. et de Syph.*, 1925, p. 376.
GOUGEROT (H.), MEYER (Jean), OFERLÉ et UHRY (P.). — Pellagre et érythème pellagroïde. Formes de transition. La pellagroïde est une pellagre incomplète et atténuée. Soc. fr. Derm. et Syph., 14 novembre 1929, *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1929, p. 1018.
GOUGEROT (H.), MEYER et UHRY. — Pellagre et pellagroïdes, *Arch. derm. et syph. de la Clinique de l'Hôpital Saint-Louis*, décembre 1927.
GOUGEROT, BURNIER et MEYER (Jean). — Pellagre parisienne. Société fr. Derm. et Syph., 11 juin 1931, *Bull. Soc. fr. de Derm. et de Syph.*, 1931, p. 847.
GOUGEROT (H.) et MEYER (Jean). — Contribution à la pathogénie de la pellagre. Importance de la lumière solaire, *Actas dermo-sifiliograficas*, octobre 1932, n° 1, p. 9 ; Contribution à la pathogénie de la pellagre. Importance de la lumière solaire. Étude expérimentale, *Ann. de l'Institut d'Actinologie*, t. **7**, janvier 1933, n° 6, pp. 234-427.
GOUGEROT (H.) BURNIER, MEYER (Jean) et MEYER (André). — Érythème pellagroïde bulleux limité aux deux mains (Histologie par Mlle Eliascheff). Soc. fr. de Derm. et de Syph., 12 juillet 1934, *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, juillet 1934.
GUILLAIN (G.), MOLLARET (P.) et LEREBOULLET (J.). — Un cas français de pellagre avec paraplégie, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1931, p. 597.
GUILLAIN (G.), BERTRAND (J.), MOLLARET (P.) et LEREBOULLET. — Étude analytique d'un cas français de pellagre avec paraplégie, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1934, p. 650.
GUINZBOURG (D. S.). — Les cas sporadiques de pellagre dans la Russie du Nord, *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. **9**, septembre-octobre 1931, nos 7-8, pp. 575-585.
HUTCHINSON et PATERSON. — *British Medical Journal*, 1923, p. 645.
JERSILD (O.) et MOLTKE (O.). — Un cas de syndrome de Vidal non blennorragique favorablement influencé par l'administration de vitamines, *Ann. de Derm. et de Syph.* [7], t. **5**, novembre 1934, n° 11.
KLEINMANN (H.). — Contribution à l'étude de la pellagre en tenant spécialement compte de la pellagre en Moldavie, *Arch. für Dermatologie und Syphilis*, vol. **164**, 1931, cah. 2, p. 393.
KOHNS (M.). — Un cas de pellagre avec gangrène pulmonaire, *Acta Dermatologica (Kyoto)*, vol. **22**, 1933, fas. 1-2, p. 56.
LÉVY-FRANCKEL et ABAZA. — Un cas de pellagre parisienne d'étiologie inconnue. Soc. fr. de Derm. et de Syph., 8 novembre 1934, *Bull. de la Soc. fr. de Derm. et de Syph.*, novembre 1934.
MARGAROT (J.) et PLAGNIOL (A.). — Deux cas de pellagre avec syndrome encéphalitique. Soc. fr. de Derm. et de Syph., 12 novembre 1931, *Bull. Soc. fr. de Derm. et de Syph.*, 1931, p. 1351.
MARGAROT (J.) et RIMBAUD (P.). — Typhose pellagreuse. Soc. fr. de Derm. et de Syph., 12 novembre 1931, *Bull. de la Soc. fr. de Derm. et de Syph.*, 1931, p. 1361.
MARGAROT (J.) et PLAGNIOL (A.). — La pellagre dans la région montpelliéraine, *Montpellier Médical*, 1933, p. 148.
MAUTHOS (Ch.). — Pellagre d'abord atténuée (pellagroïde), démonstration

de la photosensibilisation. Soc. fr. de Derm. et de Syph., 10 novembre 1932, *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 1932, p. 1380.
MESKA. — Sur le rapport des maladies de la peau avec l'avitaminose, *Dermatologische Wochenschrift*, 17 mai 1924, p. 552.
MONAUNI (J.). — Sur la pellagre en Syrie, *Wiener Klinische Wochenschrift*, année **46**, 27 novembre 1933, n° 47, p. 1413.
MORAWITZ (P.). — Pigmentation cutanée pathologique et vitamine de pigment, *Klinische Wochenschrift*, t. **13**, 3 mars 1934, n° 9.
MOURIQUAND (G.). — Les diétotoxiques, *Presse Médicale*, 1er mai 1926 ; Sur les états de précarence, *Presse Médicale*, 1er février 1930 ; Des dystrophies inapparentes, *Presse Médicale*, 19 septembre 1931 ; Carence alimentaire, carence digestive et carence nutritive, *Presse Médicale*, 7 novembre 1925 ; Carences alimentaires et dystrophies cutanées, *Arch. de Derm. et de Syph. de la Clinique de l'Hôpital Saint-Louis*, 1931 ; Les facteurs de révélation dans les dystrophies inapparentes, *Presse Médicale*, 7 mars 1934.
MOURIQUAND (G.) et MICHEL (P.). — La pellagre, maladie par carence, *Journal Médical français*, 1920.
MOURIQUAND (G.). — Épidémies pseudo-infectieuses et dystrophies inapparentes. Académie de Médecine, 24 octobre 1933.
NICOLAS (J.) et JAMBON (A.). — Contribution à l'étude de la pellagre et du syndrome pellagreux, *Ann. Derm. et Syph.*, 1908.
NICOLAS (J.), GATÉ (J.) et BERTOYE (P.). — Sur l'étiologie de la pellagre (à propos d'un cas récent). Soc. Médicale Hôp. de Lyon, 18 octobre 1921, *Lyon Médical*, 10 décembre 1921.
NICOLAS (J.), MASSIA (G.) et DUPASQUIER (D.). — Considérations étiologiques sur la pellagre, *Ann. Derm. et Syph.*, 1922.
NICOLAS (J.), LACASSAGNE (J.) et FROMENT (R.). — Un nouveau cas de pellagre. Réunion derm. Lyon, 23 mai 1929, *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1929, p. 697.
NICOLAS (J.) et FROMENT (R.). — Un nouveau cas de pellagre, *Lyon Médical*, 20 octobre 1929.
NICOLAS (J.), MASSIA (G.) et ROUSSET (J.). — Sur un nouveau cas de pellagre. Réflexions étiologiques. Réunion Derm. Lyon, 26 juin 1930, *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1930, p. 811.
NICOLAU (S.). — Étude sur une éruption folliculaire et péri-folliculaire dans le scorbut. Dermatite papulo-kératosique scorbutique, *Ann. Derm. et Syph.*, 1918-1919, p. 399 ; Dermatose papulo-folliculaire et en placards papillomateux à marche serpigineuse et cicatricielle (groupe *acné conglobata* ?). Guérison par un régime antiscorbutique, *Ann. Derm. et Syph.*, janvier 1935.
PATON (Thomas Caro). — Deux cas de pellagre chez des sujets normalement alimentés, *Actas Dermo-Sifiliograficas*, année **24**, janvier 1932, n° 4, p. 224.
POPEL (W. A.). — Un cas de pellagre, *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. **7**, février 1929, n° 2, pp. 160-164.
PROBIZER (Guido de). — La pellagre dans le Trentin après la guerre, *Dermatologische Wochenschrift*, 1920, n° 37, p. 751.
RAMEL (E.). — Du premier cas de pellagre autochtone observé dans le canton de Vaud, *Revue Méd. de la Suisse Romande*, année **54**, 25 mars 1934, n° 3.
SABRY (S.). — Sur la nature chimique de la « toxine pellagreuse » et la découverte du traitement de la pellagre par l'hyposulfite, *Dermatologische*

Wochenschrift, t. **116**, 18 et 25 février 1933, nos 7 et 8, pp. 217 et 265.
SAGHER (F.). — Scorbut avec lésions cutanées pellagroïdes, *Dermatologische Zeitschrift*, t. **119**, mai 1934, f. 2, p. 86.
SCHADE. — Influence de la vitamine C (acide ascorbique) sur le processus de pigmentation, *Klinische Wochenschrift*, 12 janvier 1935, n° 2, p. 61.
SHONO (N.). — Un cas de pellagroïde, *Acta Dermatologica*, vol. **23**, 1933, nos 3-4, p. 110.
SILVA (Flaviano). — Syndrome pellagreux, Annaes Brosilieras de Dermatologia et Syphiliographia, année **4**, 1928, n° 2, p. 13.
SUTHERLAND (R.). — Les vitamines A et D. Leurs relations avec l'accroissement et la résistance aux maladies, *British Medical Journal*, 5 mai 1934, n° 3826.
TENCHIO. — La vitamine C agit-elle sur le processus normal de pigmentation ? *Klinische Wochenschrift*, 20 octobre 1934, n° 42, p. 1511.
URBACH. — Pellagre sporadique à Vienne et en Basse-Autriche, *Medizinische Klinik*, t. **30**, 18 janvier 1935, n° 5, p. 79.
WEILL (E.) et MOURIQUAND (G.). — Recherches expérimentales sur la valeur alimentaire du maïs. Ses rapports avec la pellagre, *Arch. Médecine*, 1er mai 1917 ; Maïs cru, stérilisé, décortiqué, *Soc. Biol.*, avril 1917 ; Sur la pathogénie de la pellagre, *Lyon-Médical*, avril 1918.
WEISSENBACH (J.) et BASCH (G.). — Syndromes cutanés des maladies par carence, *in Traité de Dermatologie Clinique et Thérapeutique*, t. **2**, fasc. 2. G. Doin, édit., 1933, Paris.
YANG et HUANG. — Épidémie de pellagre à Nankin, *The Chinese Journal*, t. **48**, août 1934, p. 701.
ZAROUBINE (V.). — Sur la caractéristique de la pellagre dans la Serbie méridionale, *Revue Fr. de Derm. et de Vénéréologie*, année **5**, juin 1929, n° 6, p. 324.

AURIDES LICHÉNIENNES CORNÉES D'APPARENCE PSORIASIQUE

Par J. MARGAROT, A. PLAGNIOL et H.-L. GUIBERT

La diversité et le polymorphisme des aurides appellent des précisions anatomo-cliniques, qui en bonne règle doivent précéder les essais d'interprétation.

Sans préjuger de l'origine tuberculeuse du lichen plan et du psoriasis, admise par quelques auteurs, il est curieux de noter le caractère lichénoïde de certaines éruptions observées chez des tuberculeux traités par l'or (1) et même un peu singulier de voir chez certains de ces malades, observés par Milian (2), par Gougerot, Burnier et Mlle O. Eliascheff (3), un lichen plan légitime associé à un psoriasis.

C'est en présence d'un complexe éruptif analogue que nous avons cru nous trouver chez un sujet atteint de tuberculose pulmonaire, qui avait reçu en 3 mois 4 grammes de crisalbine.

A dix pas on faisait le diagnostic de psoriasis. De près, l'hypo-

(1) Gougerot, Burnier, Photinos. Eruption lichénoïde (lichen plan déformé). Stomatite leucokératosique ulcéreuse aurique. *Bull. Soc. fr. de Dermat. et de Syphil.*, mars 1929, p. 254 ; F. Lebeuf et Mollard. *Les sels d'or en dermatologie et syphiligraphie*, 1 vol., Masson éd., Paris, 1932 ; Blum et Nadal. Lichen plan cutanéo-muqueux déclenché par l'or. Hyperpigmentation consécutive. *Bull. Soc. fr. de Derm. et de Syph.*, nov. 1931, p. 1334 ; G. Petges, P. Le Coulant, A. Petges et R. Mougneau. Aurides de la peau. Léopardisation avec lichen plan buccal et cutané. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, année 10, n° 4, avril 1934, p. 196.

(2) G. Milian. Auride biotropique complexe. Mélange de lichen plan, de psoriasis et d'eczéma craquelé. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, année 9, n° 11, nov. 1933, p. 518.

(3) Gougerot, Burnier et Mlle O. Eliascheff. Eruptions simultanées de psoriasis et de lichen cutanéo-muqueux post-aurique. *Soc. franç. de Dermat. et de Syph.*, 8 mars 1934.

thèse de lichen verruqueux paraissait plus légitime, mais, avant que l'analyse morphologique ait vérifié ce diagnostic, une première constatation s'imposait. Nous étions en présence d'une éruption à peu près monomorphe pour laquelle l'appellation de lichen corné psoriasiforme nous aurait paru suffisamment descriptive, si nous n'avions reculé devant son impropriété.

Un cultivateur de 45 ans nous est adressé par le Professeur Rimbaud pour une éruption apparue à la suite d'un traitement aurique.

On relève dans ses antécédents personnels une grippe survenue en 1918 et « une maladie de foie » en 1926.

En août 1932, le malade qui depuis plusieurs mois était asthénique et amaigri, s'est plaint d'un point de côté. Son état général a nécessité son hospitalisation. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire a été porté. On a trouvé des bacilles de Koch dans les crachats.

En octobre 1932, un traitement par la crisalbine a été institué et poursuivi pendant 3 mois. L'état général s'est rapidement amélioré. Le malade a repris 5 kilogrammes.

Dans le courant de janvier 1933, il a présenté sur le tronc une éruption très prurigineuse, accompagnée d'un malaise général (inappétence, frissons, légère élévation thermique).

Nous le voyons pour la première fois le 17 février.

On trouve une éruption constituée par de larges élevures papuleuses recouvertes de squames blanches. Elles sont très abondantes sur le tronc et éparses sur les membres inférieurs. Les membres supérieurs sont à peu près indemnes. La face l'est complètement. L'aspect rappelle celui d'une parakératose psoriasiforme et même d'un psoriasis bien que n'en ayant pas la localisation.

Les éléments sont disséminés sans ordre sur la poitrine. Par contre, dans le dos, ils sont symétriquement alignés en traînées obliques en bas et en dehors, faisant avec le rachis un angle aigu ouvert en bas à la manière de certaines éruptions de topographie radiculaire (fig. 1).

A la partie inférieure du dos existent des éléments dont le groupement rappelle la plaque sacrée d'un psoriasis.

La ressemblance avec cette dermatose est encore accusée par la blancheur plâtreuse des squames. Mieux analysée, leur coloration présente des tons un peu cendrés et bleutés. En divers points une mince croûte grisâtre ajoute au relief de ce qui paraît être une superstructure.

Les dimensions de ces éléments varient du volume d'une grosse tête d'épingle à celle d'une pièce de cinq francs.

Leur forme est arrondie ou ovalaire. Leurs bords sont irréguliers. Leur saillie est de 1 à 6 millimètres. Il s'agit, en somme, de larges papules. Le relief de quelques-unes est nettement hémisphérique.

La base de certaines saillies dont le centre seul est squameux présente une coloration rose pâle qui rappelle celle du psoriasis.



Fig. 1. — Aurides cornées hypertrophiques du dos.

Le grattage méthodique désagrège une première couche de squames agglutinées en une mince croûte et rencontre très vite une résistance

assez grande tenant à la nature cornée et non parakératosique de la superstructure. Cette corne est arrachée par petits fragments et l'on parvient, sans avoir mis en évidence aucune pellicule décollable caractéristique, sur une surface à vif, de coloration rosée, suintante mais grenue, semée de petits soulèvements dont les sommets répondent à un piqueté hémorragique.

En somme, l'éruption ressemble grossièrement à un psoriasis. Elle en diffère par ce fait que les superstructures ne sont pas constituées par des squames parakératosiques, mais par un épaississement hyperkératosique. Le grattage méthodique met à nu une base rugueuse et inégale, en rapport avec des exubérances papillaires. Il ne s'agit donc pas d'un psoriasis.

L'aspect de quelques éléments de petite taille, leur sécheresse, pourraient faire penser à un lichen plan. En particulier, à la partie supérieure du dos et dans la région voisine du cou, quelques papules isolées sont rose jaunâtre, planes ou cerclées d'une bordure saillante avec une légère dépression en leur centre. On cherche sans les trouver des éléments analogues sur la face antérieure des avant-bras et sur les flancs. Il n'existe pas de lésions des muqueuses. Enfin, les éléments éruptifs, qui semblent se rapprocher le plus des papules de lichen plan, n'en ont ni la forme polygonale caractéristique, ni le brillant. Aucun réseau de Wickham ne peut être mis en évidence. Le diagnostic de lichen plan doit donc être éliminé comme celui de psoriasis.

Sur les membres inférieurs, les éléments sont disséminés sous forme de larges papules hémisphériques assez analogues au *lichen obtusus*.

Sur le dos, ils forment de larges saillies d'apparence verruqueuse, des plaques irrégulières plus ou moins découpées par des sillons de profondeur variable, assez semblables par endroits au *lichen corné hypertrophique* et se rapprochant en d'autres points des lichénifications géantes.

Les jours suivants, le caractère lichénoïde de l'éruption s'accuse. Dans l'ensemble, les parties cornées tendent à devenir plus grises. Quelques saillies partiellement décapées se présentent sous la forme d'un plateau rouge sur lequel se dressent de petites élevures cornées.

La teinte rose pâle de leur base fonce petit à petit. Des tons brunâtres et violets apparaissent et s'accentuent de jour en jour.

On note sur le cou des éléments de kératose pilaire et quelques saillies folliculaires surmontées de squamules sèches.

Les extrémités sont cyanotiques. On trouve dans les aines, dans les aisselles, au cou et sur l'épitrochlée des adénopathies faites de ganglions de moyennes dimensions, mobiles et non douloureux.

Les examens clinique et radiologique mettent en évidence des lésions de tuberculose pleuro-pulmonaire, particulièrement marquée au sommet droit.

Le cœur est normal.

Les réactions sérologiques de Wassermann, de Hecht, de Kahn (présomptive et standard), de Meinicke (micro et macro M. K. R. II) sont négatives. Le Vernes-péréthynol est à o.

La réaction de Besredka, pratiquée avec le sérum chauffé et le sérum non chauffé, est fortement positive. Le Vernes-résorcine donne 47.

La formule sanguine est la suivante :

Hématies	4.752.000
Leucocytes	6.400
Polynucléaires neutrophiles	74 o/o
» éosinophiles	1 o/o
» basophiles	0
Mononucléaires	2 o/o
Lymphocytes	23 o/o

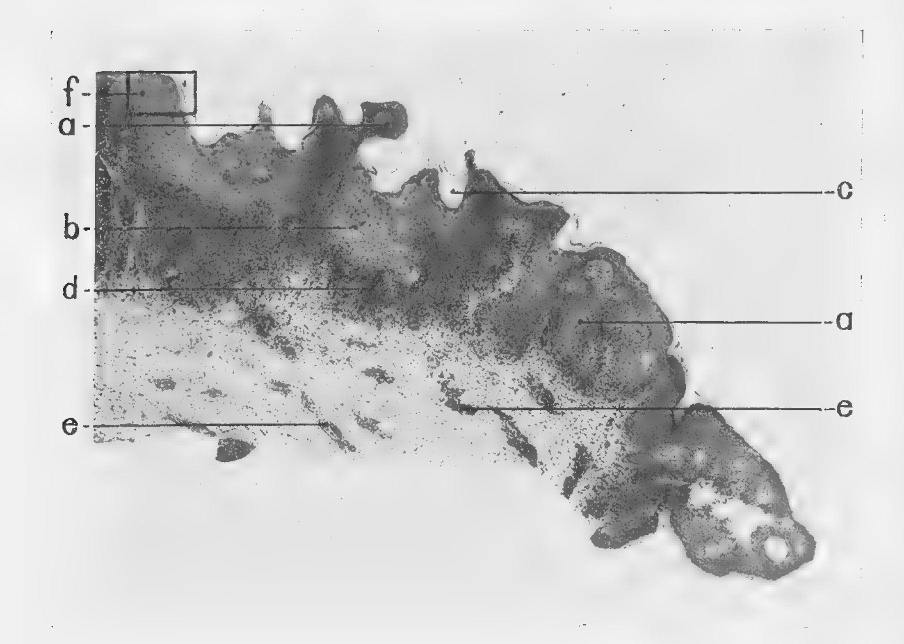


Fig. 2. — Microphotographie à un faible grossissement, de la plus grande partie du fragment étudié : *a*, papillomatose ; *b*, acanthose ; *c*, foyer d'hyperkératose ; *d*, bourrelet leucocytaire au contact même de la membrane vitrée ; *e*, manchons leucocytaires périvasculaires, dans les régions profondes du derme.

Une biopsie est pratiquée sur un des éléments du dos.

Un examen d'ensemble à un faible grossissement montre une couche cornée très épaissie mais d'une manière inégale suivant les points. Elle forme par endroits des bouchons cornés. Elle est séparée de l'assise

cellulaire sous-jacente par une ligne très sinueuse qui apparaît par places comme déchiquetée ou découpée en jeu de patience. Le corps muqueux de Malpighi est épaissi de façon assez irrégulière. Il est soulevé par une papillomatose exubérante, faite de saillies, larges ou effilées, séparées par des expansions acanthosiques étalées en coupoles ou s'enfonçant sous la forme de coins à sommet très aigu.

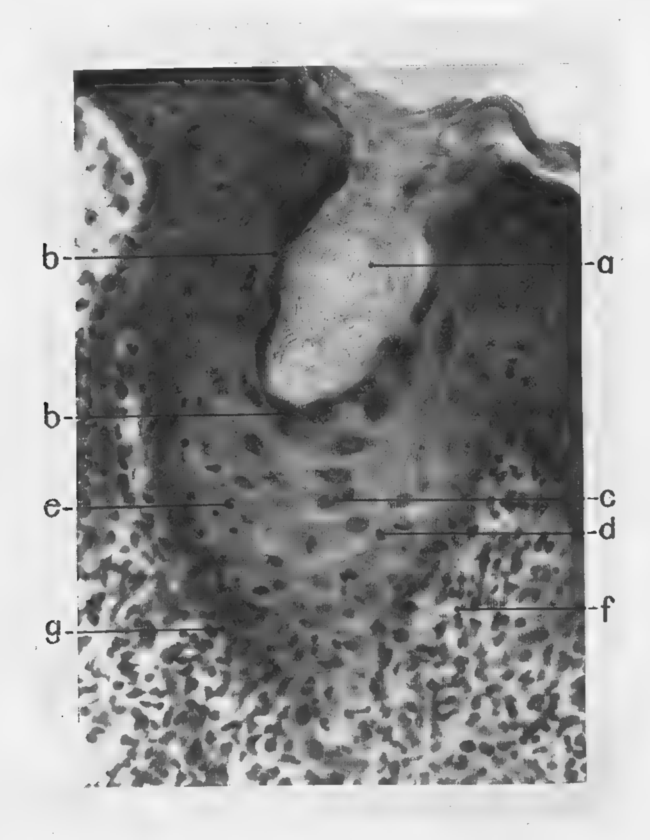


Fig. 3. — Microphotographie à un fort grossissement, d'un foyer d'hyperkératose : *a*, bouchon d'éléments cornés ; *b*, couche granuleuse : le fin piqueté des grains d'éléidine est visible, à la loupe, dans la plupart des éléments ; *c*, corps muqueux de Malpighi, infiltré de polynucléaires isolés *d* et *e* ; *f*, *g*, lymphocytes et polynucléaires constituant un bourrelet leucocytaire au niveau de la membrane vitrée, rendue par suite imprécise.

Le derme est le siège d'une infiltration de globules blancs qui doublent en quelque sorte la membrane vitrée d'un bourrelet inflammatoire très dense (fig. 2).

La limite du derme et de l'épiderme est en divers points assez imprécise.

Dans la région dermo-hypodermique du fragment considéré, les leucocytes présentent une répartition essentiellement périvasculaire (fig. 2).

A un plus fort grossissement, on voit que les différentes couches de l'épiderme, depuis les cellules basilaires jusqu'à la couche cornée superficielle, sont le siège d'un processus de kératinisation normal.

Le *stratum granulosum* est formé de plusieurs assises chargées d'éléidine. On ne trouve pas de débris nucléaires au niveau des éléments

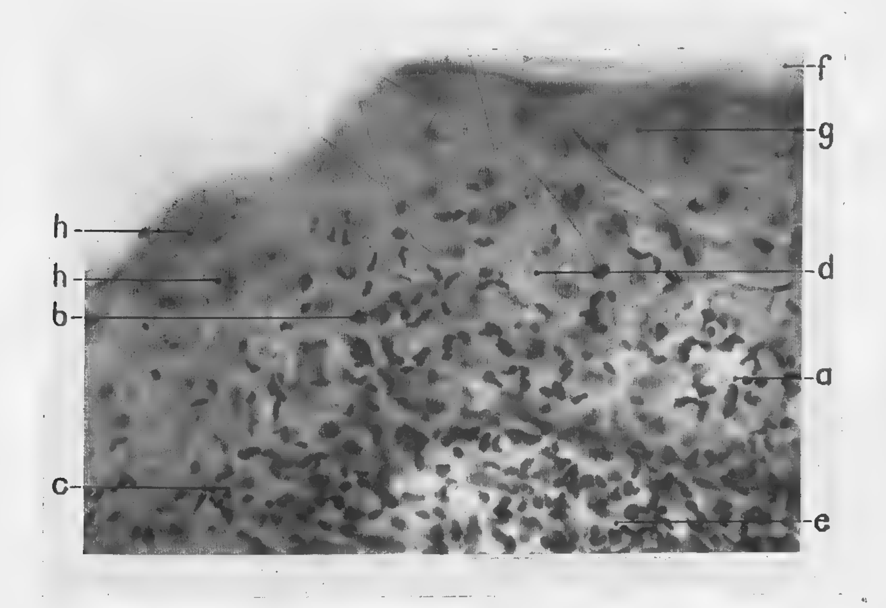


Fig. 4. — Microphotographie, à un fort grossissement du territoire délimité par le carré *f* dans la figure 1. *a*, *b* et *c*, globules blancs mono- et polynucléaires migrés au sein du corps muqueux de Malpighi ; *d*, œdème intercellulaire ; *e*, bourrelet leucocytaire ; *f*, éléments cornés ; *g* et *h*, cellules de la couche granuleuse avec leurs grains d'éléidine.

kératinisés (fig. 3 et 4), tandis que l'on distingue encore quelques grains dans la partie la plus inférieure de cette couche cornée. Elle ne devient homogène que dans ses assises supérieures.

Le corps muqueux de Malpighi montre lui aussi, hormis l'acanthose signalée, une structure à peu près normale sur presque toute l'étendue du fragment considéré. On note cependant quelques pseudo-globes cornés sur certains prolongements interpapillaires du corps muqueux

(fig. 6). D'autre part, dans les amas malpighiens les plus denses, un œdème intercellulaire très discret étire légèrement les filaments d'union, mais ne va pas jusqu'à la spongiose. De très rares éléments présentent autour du noyau un mince espace linéaire traduisant une tendance à la vacuolisation péri-nucléaire. Ces altérations sont de peu d'importance.

On remarque davantage l'infiltration du revêtement malpighien par des globules blancs mono et polynucléaires en migration qui sont isolés (fig. 3) ou groupés en îlots plus ou moins compacts (fig. 4).

Le bourrelet leucocytaire, parfois très dense, que nous avons signalé au niveau même de la membrane vitrée et qui n'intéresse que les premiers

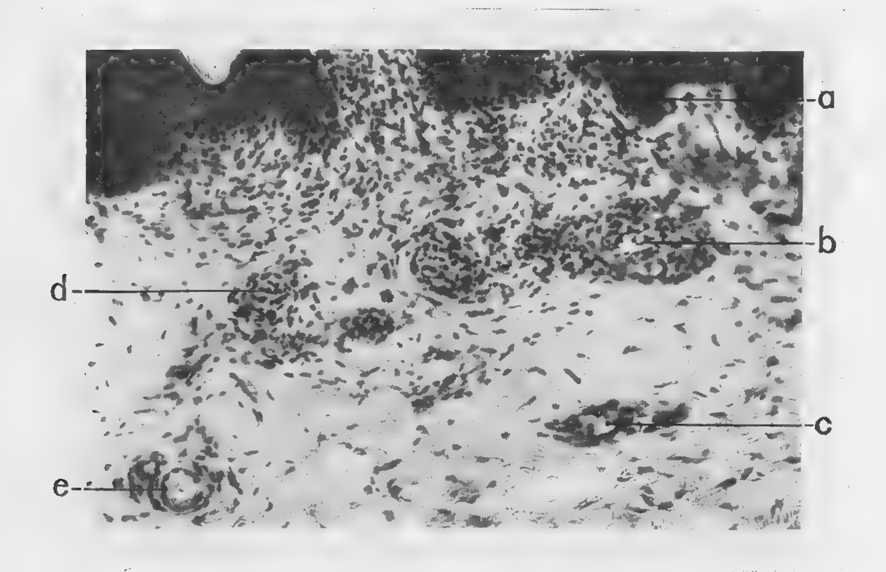


Fig. 5. — Microphotographie à un grossissement moyen, d'une région dermique, où siègent un certain nombre de vaisseaux sanguins, entourés d'un manchon leucocytaire fait de lymphocytes et de polynucléaires. En *a*, on ne distingue que la base des crêtes interpapillaires ; *b*, *c*, *d*, *e*, vaisseaux sanguins munis de leur couronne leucocytaire.

faisceaux conjonctifs du derme, est surtout constitué par des histiocytes, des lymphocytes et des polynucléaires : les plasmocytes y sont rares, ainsi d'ailleurs que les polynucléaires éosinophiles. Ceux-ci se présentent groupés par cinq ou six au niveau des crêtes interpapillaires, c'est-à-dire dans les points où l'hyperplasie du corps muqueux de Malpighi est la plus marquée (fig. 7).

Il convient de souligner la localisation tout à fait remarquable, au contact de la membrane basale, de l'infiltration leucocytaire. Elle

explique la migration toute naturelle et facile des lymphocytes et des polynucléaires au sein du corps muqueux de Malpighi, à travers la couche basilaire.

Ces divers éléments inflammatoires ont une origine hématogène ainsi que le démontre le processus de péri-vascularite par diapédèse que l'on observe au niveau des vaisseaux sanguins dermo-hypodermiques (fig. 5).

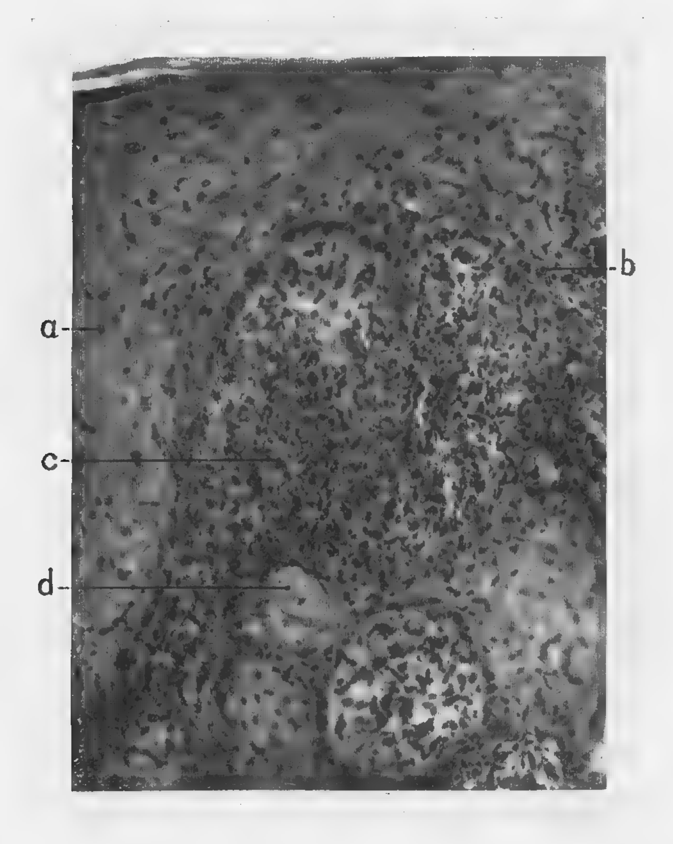


Fig. 6. — Microphotographie à un grossissement moyen montrant un pseudo-globe corné en *d* ; *b*, papillomatose ; *a*, corps muqueux de Malpighi avec ébauche de vacuolisation périnucléaire et infiltration leucocytaire.

La trame conjonctive dermique offre une structure qui varie avec la répartition des éléments lympho-plasmo-histiocytaires que nous avons signalés plus haut.

C'est ainsi qu'au voisinage immédiat de la membrane vitrée, à l'en-

droit où l'infiltration lympho-histiocytaire est particulièrement intense, les faisceaux collagènes sont très minces, comme le montrent les colorants électifs de cette substance, le picro-noir-naphtol de Curtis, par exemple. La trame est formée de fines fibrilles parfois effilochées et comme distendues par une sorte d'œdème. Il faut peut-être voir dans

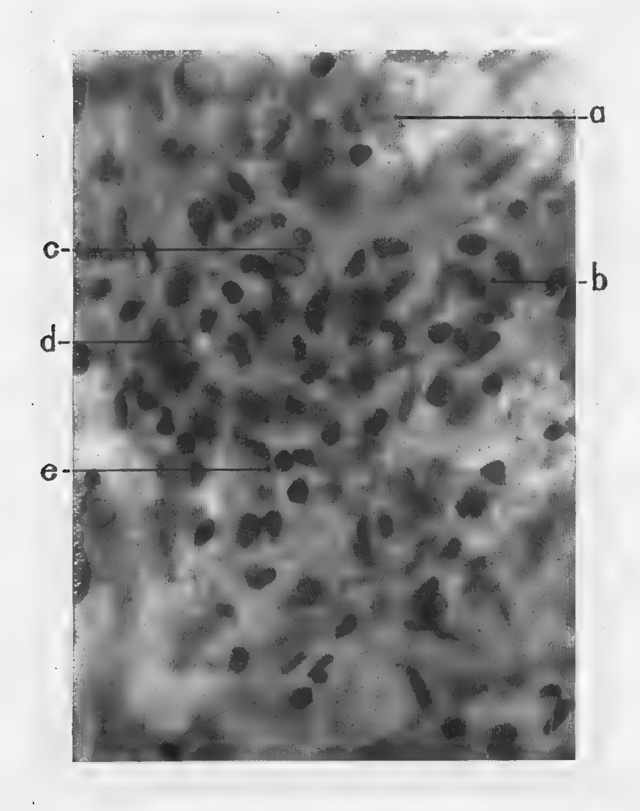


Fig. 7. — Microphotographie à très fort grossissement (immersion) d'un îlot d'éléments inflammatoires réactionnels parmi lesquels se distinguent à la loupe les granulations de cinq polynucléaires éosinophiles non retouchés, *a*, *b*, *c*, *d*, *e* (1)

cet aspect le résultat de l'action des ferments protéolytiques provenant surtout des polynucléaires particulièrement nombreux dans cette zone.

Au contraire, plus profondément, au delà du bourrelet d'éléments

(1) Microphotographies non retouchées exécutées par A. Herbaut au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Médecine de Montpellier (professeur Grynfeltt, chef de service).

réactionnels qui double en quelque sorte la membrane vitrée, les faisceaux conjonctifs sont très épais, pauvres en fibroblastes. On se trouve en présence d'un tissu fibreux, d'une sclérose véritable ; or, dans cette région du derme, les éléments lympho-histiocytaires sont rares et ont une répartition purement péri-vasculaire.

Il convient enfin de signaler, que l'on observe aussi des manchons leucocytaires autour des canaux sudoripares et des follicules pileux de la région considérée.

Le malade, revu en janvier 1934, est guéri de son éruption dont la trace persiste sous la forme de macules de coloration brun très foncé, rehaussée de tons violacés par endroits.

Au total, les examens clinique et histologique réduisent à une simple apparence le caractère psoriasiforme de l'éruption. Il s'agit essentiellement de lésions lichénoïdes cornées.

Quelques éléments de petites dimensions rappellent les papules du lichen plan sans que leur identification avec ces dernières puisse être faite. D'autres, plus volumineux, assez nettement hémisphériques et siégeant sur les membres inférieurs évoquent le *lichen obtusus*. D'autres enfin sur le dos, forment des amas papuleux hyperkératosiques très voisins du lichen corné hypertrophique.

L'analyse microscopique montre des saillies papillomateuses d'une extrême irrégularité, très différentes des coupoles du lichen plan aussi bien que des cônes allongés du psoriasis. On ne trouve pas de décollements arciformes.

L'hyperacanthose, l'épaississement de la couche granuleuse, l'hyperkératose avec production de bouchons cornés, l'infiltration cellulaire, le développement du collagène dans la profondeur du derme, les lésions vasculaires rappellent le lichen corné hypertrophique et même les lichénifications géantes étudiées par Pautrier.

Elles n'en ont cependant pas le siège.

Leur caractère éruptif et leur origine hématogène sont démontrés par leur mode d'apparition en quelques jours, par leur généralisation, par leur distribution sur le dos sous la forme de stries obliques en bas et en dehors. Elles sont prurigineuses, mais le grattage ne paraît avoir joué aucun rôle dans leur apparition. Leur évolution subaiguë les sépare encore des lichénifications.

D'autre part, bien que le diagnostic de lichen plan ne puisse être porté, nous ne pouvons manquer de rapprocher notre observation de celles qui ont été publiées par Milian, par Gougerot et Pautrier,

par G. Petges, P. Le Coulant, A. Petges et R. Mougneau. Le mode d'apparition est le même, le cycle évolutif, la « léopardisation » terminale des téguments sont identiques.

Nous ne saurions à propos d'un cas isolé rouvrir une discussion déjà ancienne. Tandis que Pautrier (1) fait entrer le *lichen obtusus* et le lichen corné hypertrophique dans le cadre des lichénifications, d'autres auteurs considèrent les mêmes lésions comme voisines du lichen plan. Nicolas, Civatte, Jourdant, Barthélemy font remarquer que la coexistence d'éléments kératosiques et de papules planes typiques de Wilson est loin d'être exceptionnelle.

Le syndrome cutané que nous avons décrit semble autoriser un rapprochement analogue. Nous préférons rester dans les limites de la stricte objectivité en notant qu'il appartient par sa morphologie au groupe des lichens cornés, sans qu'on puisse le rattacher à un processus de lichénification, pas plus d'ailleurs qu'à un lichen plan légitime.

Quelle est la nature du processus ? On peut incriminer une élimination des sels d'or par les téguments. Il nous a malheureusement été impossible de rechercher ce métal dans les lésions.

L'importance de la diapédèse, l'exocytose, les adénopathies font penser à une inflammation d'origine microbienne. Un argument peut être invoqué en faveur de l'hypothèse de tuberculides biotropiques. On retrouve dans l'évolution des accidents les trois stades observés dans certaines éruptions de tuberculides généralisées : la mobilisation granulémique avec ses malaises généraux et sa fébricule, l'explosion cutanée et l'hypertrophie ganglionnaire consécutive.

Quoi qu'il en soit, les faits anatomo-cliniques considérés en dehors de tout élément conjectural établissent l'existence d'un lichen corné hypertrophique, d'origine hématogène, ayant la signification d'une auride. Sa morphologie se rapproche de celle du lichen verruqueux, sa structure histologique l'apparente plus directement encore aux lichénifications géantes, mais son caractère éruptif, son évolution subaiguë, sa pigmentation terminale sont ceux d'un lichen plan.

(1) L. M. Pautrier. Contribution à l'étude des lichénifications anormales. La lichénification circonscrite nodulaire chronique. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, t. 3, février 1922, p. 49 ; L. M. Pautrier. Contribution à l'étude des lichénifications anormales. La lichénification hypertrophique ou géante. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, t. 6, février 1925, p. 81.

KÉRATOSE NIGRICANS
(ALEXANDRE CERQUEIRA, 1891)
TINEA NIGRA
(CASTELLANI, 1905)

Par Flaviano SILVA
Professeur à la Faculté de Médecine de Bahia.

Définition et historique. — Le terme kératomycose *nigricans palmar* a été créé, en 1891, par Alexandre Cerqueira, professeur à la Faculté de Médecine de Bahia, pour désigner une épidermomycose noire à siège palmaire.

Les études de A. Cerqueira sur la symptomatologie de la maladie, sa nature et sa transmission d'homme à homme, publiées par son fils A. C. Cerqueira dans sa thèse de doctorat, en 1916, n'ont pas eu une grande divulgation, même au Brésil.

En 1905, Aldo Castellani signale à Ceylan une épidermomycose par lui dénommée *Tinea nigra*, qui, à notre avis, correspond exactement à la kératomycose *nigricans palmar* de A. Cerqueira.

Le professeur Albino Leitão et Gil de Cerqueira ont vu de nouveaux cas à Bahia, en 1916.

A Rio de Janeiro (Brésil) la même dermatomycose a été étudiée, en 1921, par José Ramos e Silva, José Torres et Parreiras Horta, qui trouvent dans les lésions un champignon classifié par P. Horta comme un *Cladosporium (Cladosporium Wernecki)*.

En 1928, nous avons eu l'occasion d'observer nos premiers cas de kératomycose *nigricans palmar* et nous avons identifié la dermatomycose de A. Cerqueira avec la *tinea nigra* de Castellani, en nous fondant sur les arguments suivants :

1° Le champignon responsable de la *tinea nigra* appartient au genre *Cladosporium (Cladosporium mansoni* Castellani, 1905).

Au même genre appartient le fongus isolé au Brésil par P. Horta (*Cladosporium Wernecki*-Horta, 1921), par nous en 1928, en 1930, en 1932, en 1933 et celui qui a été isolé par Sartory, Meyer et Rietmann dans les cas brésiliens.

2° L'aspect de la dermatose est le même dans tous les cas obser-



Fig. 1. — Cas de kératomycose *nigricans palmar (Tinea nigra)*.

vés, soit à Ceylan, à Java, en Birmanie, en Malaisie, soit à Bahia et à Rio de Janeiro (Brésil), et l'on ne remarque de variations que pour les points d'élection, siégant sur les paumes des mains et les faces palmaires et latérales des doigts au Brésil, le cou et le thorax à Ceylan et ailleurs.

Il faut savoir cependant qu'à Ceylan Castellani a observé aussi la localisation palmaire et à Bahia nous avons vu celle du cou, de

même que Ramos e Silva dans son deuxième cas, à Rio de Janeiro.

Parmi nos cas il y en a un qui, en dehors de la localisation palmaire, comportait des lésions très suspectes des ongles.

En février 1930, Rietmann publie ses observations dans le



Fig. 2. — Cas de kératomycose *nigricans palmar (Tinea nigra).*

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, sans se reporter aux cas des auteurs brésiliens.

José Ramos e Silva, en 1930, enregistre un deuxième cas de *tinea nigra* à Rio ; il s'y trouvait une lésion au cou et une autre au bord cubital de la main. Olympio da Fonseca Filho et Ferreira da

Rosa observent un autre cas et font sur ce sujet une communication à la Société de Biologie de Rio de Janeiro, en 1930.

Au cours de 1930, de 1932, de 1933 et de 1934 nous avons traité d'autres cas de kératomycose *nigricans palmar, tinea nigra*).

On voit ainsi qu'au Brésil on connaît bien la dermatose dénom-



Fig. 3. — Cas de kératomycose *nigricans palmar (Tinea nigra).*

mée par A. Cerqueira kératomycose *nigricans palmar* et par Castellani *tinea nigra.*

Pour ce qui est du nom de la maladie, quoique celui de kératomycose *nigricans palmar* soit plus ancien et que celui de cladosporiose épidermique soit plus précis à l'heure actuelle, nous pré-

férons la dénomination de *tinea nigra*, qui nous semble plus expressive :

1° Parce qu'elle renferme toutes les localisations de la mycose ;

2° Parce qu'elle ne perdra pas sa propriété, si l'on réussit un jour à constater, dans quelque nouveau cas que le fongus responsable appartient à un genre différent de celui vérifié jusqu'au moment.

La kératomycose *nigricans palmar* ou *tinea nigra* de localisation palmaire semble être peu connue de la plupart des auteurs étrangers, qui ne s'y réfèrent pas. Brocq, Radaeli, Martin Meyer ne lui consacrent que peu de mots.

Les auteurs qui étudient le mieux la *tinea nigra* écrivent que la maladie a été signalée par Manson, en 1872, au sud de la Chine.

Dernièrement Chalmers et Castellani disent avoir vérifié aux sources, c'est-à-dire, dans le *China Maritime Custom-Houses Reports*, que l'affection décrite par Manson était différente de la *tinea nigra* ; il s'agissait peut-être de pityriasis versicolore, pensent ces auteurs.

S'il devient bien établi que la dermatose signalée par Manson n'a pas été la *tinea nigra*, la propriété de l'étude de cette mycose appartiendra au Professeur A. Cerqueira. A Castellani revient la gloire d'avoir identifié le champignon responsable et d'avoir été le divulgateur de la connaissance de la mycose.

Domaine géographique. — La *tinea nigra* a été observée à Ceylan, en Hindoustan, en Birmanie, au sud de la Chine, à Java à Sumatra, à Banca, à Timor, à Bornéo, enfin dans toute la Malaisie.

Dans les pays de l'Amérique où règnent des mycoses chromogènes, appelées caratés ou pinta, il est possible que la *tinea nigra* ait été quelquefois englobée comme une de leurs variétés.

Au Brésil, jusqu'à présent, on a signalé la mycose seulement à Bahia (le premier cas) et à Rio de Janeiro.

Symptomatologie. — La mycose en question est constituée au début par des points noirs qui, peu à peu, se rejoignent en formant des taches noires, plus ou moins foncées, lisses, non saillantes, de dimensions variées, peu ou pas du tout squameuses, non

prurigineuses, pouvant pâlir ou même disparaître spontanément pour réapparaître et augmenter quelque temps après.

Quelquefois la couleur noire pâlit seulement au centre de la tache, en changeant l'aspect primitif de la lésion.

La *tinea nigra* s'installe de préférence sur certaines parties du tégument externe ; en général le visage est épargné.

D'après Castellani et Chalmers les localisations de prédilection de la mycose sont le cou et la partie supérieure du thorax.

Chez nous les sièges d'élection sont la paume des mains, le poignet, les faces palmaires et latérales des doigts et les espaces interdigitaux.

Castellani rapporte le cas d'un médecin européen, vu à Ceylan, présentant une plaque de *tinea nigra* sur la paume de la main gauche.

Etiologie. — La *tinea nigra* atteint indifféremment les deux sexes, et à tous les âges.

Au Brésil, la race la plus atteinte est la blanche ; on a vu quelques cas chez les métis, mais pas un seul chez les nègres.

La transmission a lieu d'homme à homme, comme l'ont vu A. Cerqueira, Flaviano Silva et d'autres.

Un médecin, observé par A. Cerqueira, a contracté la mycose lorsqu'il donnait ses soins à un individu atteint de la maladie.

Nous avons traité une femme, ses deux fils et sa nièce atteints de la mycose, ce que fait penser à une contagion familiale.

Expérimentalement on a déjà réussi à transmettre la maladie à l'homme et au cobaye, par raclage et scarification au papier de verre chargé de conidies de certaines régions du tégument externe (région palmaire et plis inguinaux de l'homme, plis inguinaux du cobaye).

Les champignons isolés des lésions et envisagés comme leurs agents déterminants appartiennent tous au genre *Cladosporium.*

Le premier fongus isolé et classifié par Castellani, en 1905, a été appelé par lui *Cladosporium mansoni.*

En 1921, une autre espèce fut étudiée à Rio de Janeiro par Parreiras Horta, qui lui a donné le nom de *Cladosporium Wernecki.*

Ces champignons se trouvent en grande abondance dans les lésions.

Cladosporium mansoni, Castellani 1905 (*Microsporon mansoni* Castellani, 1905, *Foxia mansoni*) se présente au microscope sous la forme de filaments mycéliens, non ramifiés, mesurant de 18 à 20 microns de longueur sur 2,5 et 3,5 de largeur et de spores rondes ou ovalaires mesurant, à peu près, 5 à 10 microns dans leur diamètre majeur à côté de pigment noir.

Tous ces éléments ont une couleur jaune verdâtre.

Les cultures très faciles à obtenir sur les milieux glycosé ou maltosé de Sabouraud et sur pomme de terre, en dehors de l'étuve, sont noires et se manifestent à la fin de 2 à 3 jours.

Le *Cladosporium Wernecki*-P. Horta, 1921, se présente également sous la forme de filaments mycéliens flexueux ou rectilignes, ramifiés, cloisonnés, de couleur jaune verdâtre, à côté d'éléments ronds ou ovalaires de la même couleur et de pigment noir.

Les cultures sont aussi faciles à obtenir sur le milieu d'épreuve de Sabouraud que sur la pomme de terre.

Elles sont noires, brillantes, molles et glabres, mais, quand elles vieillissent, elles prennent parfois une couleur brunâtre et deviennent sèches.

Le *Cladosporium Wernecki* diffère du *Cladosporium mansoni* pour l'aspect du fongus dans les cultures : au début l'examen microscopique des cultures du *Cl. Wernecki* ne met en évidence que des formes levures à couleur jaune verdâtre, plus tard ces formes sont remplacées par des filaments mycéliens et conidiophores.

Diagnostic. — Le diagnostic de la *tinea nigra*, surtout de sa variété de localisation, la kératomycose *nigricans palmar* n'est pas difficile.

Les signes déjà décrits, principalement la couleur des lésions, leur siège et le parasite trouvé sur le produit du grattage des plaques suffisent pour établir le diagnostic.

Les affections qui peuvent montrer quelque ressemblance avec la *tinea nigra* sont les suivantes :

Le pityriasis versicolore. — Les taches de cette épidermomycose sont d'une coloration jaune chamois, café au lait, parfois grise, jamais noire comme dans la *tinea nigra*. La desquamation est franche et les localisations palmaires sont extrêmement rares.

Le champignon responsable est très différent et de culture difficile.

La cryptococcose ou blastomycose épidermique étudiée par Castellani à Ceylan et postérieurement par Chalmers et d'autres auteurs au Soudan, dans les Balkans et au Nord de l'Afrique, se manifeste par de petites taches, jaunes ou brunes, rondes, squameuses, situées sur les bras et plus rarement sur le tronc et la nuque. Ces taches, qui semblent produites par de la saleté, disparaissent par le grattage, mais elles ne tardent pas à se refaire.

L'examen microscopique des spasmes révèle la présence de blastomycètes en abondance, de taille variable, ronds et ovalaires.

Le purú-purú, variété vitiligoïde de la pinta ou caraté. se caractérise par des taches foncées, étendues, très prurigineuses au début de son évolution, qui est lente, sans tendance à la guérison ; on y voit de la desquamation et à côté de zones hyperpigmentées il y a des endroits achromiques. De cette variété nous avons isolé un aspergillus.

La *tinea nigra circinata*, produite par le *Trichophyton ceylonense*, se présente sous la forme d'anneaux foncés, très réguliers, épais, saillants, quelquefois couverts de croûtes noirâtres, entourant une aire de peau également hyperpigmentée. Les sièges d'élection de cette mycose sont le cou et le scrotum.

Les nævi pigmentaires en général se distinguent par leur évolution, quelquefois par la forme et l'absence de champignons sur les taches.

Les mélanodermies de la maladie d'Addison sont des taches plus étendues sans desquamation, se présentant à côté d'autres phénomènes propres de la maladie, c'est-à-dire, l'asthénie profonde, les douleurs lombaires, les troubles gastriques, etc.

Dans la dermatite érythémato-pigmentaire de Freund, causée par l'action de certaines essences (bergamote, cèdre, etc.) suivie de celle des rayons solaires chez des sujets sensibles, nous avons l'histoire du malade et surtout la forme des lésions en coulées, en breloques, etc., pour guider le diagnostic.

Pronostic bénin.

Traitement. — Il y a beaucoup de moyens à employer contre la *tinea nigra* : iode métalloïdique en solution à 1 0/0, acide salicylique en solution alcoolique à 2 et 3 0/0, acide benzoïque en pommade à 10 et 20 0/0, le soufre, la résorcine, etc.

Castellani et Chalmers recommandent les lotions avec une solu-

tion d'acide salicylique à 2 o/o, suivies de l'application d'une pommade à la résorcine. Sur les petits placards on peut mettre avec précaution du formol du commerce pur. On peut encore utiliser l'action des préparations mercurielles.

Nous avons guéri tous nos cas, en faisant appliquer sur les taches une pommade composée d'acide salicylique, d'acide benzoïque, de soufre, de résorcine et de vaseline.

Bibliographie

Cerqueira (Antonio G. de). — Kératomycose nigricans palmar. *Thèse de docrat*, Bahia (Brésil), 1916.

Parreiras Horta. — Sobre um caso de tinha preta e um novo cogumelo. *Revista Medico-cirurgica do Brasil*, 1921, p. 269.

Langeron et Horta (P.). — Note complémentaire sur le *Cladosporium Wernecki* Horta, 1921. *Bull. de la Société de Pathologie Exotique*, 1922, p. 381.

Flavanio Silva. — Tinea nigra (Cladosporiose epidermica). Travail présenté au Xe Congrès Brésilien de Médecine et Chirurgie. Rio de Janeiro, juillet 1929. Publié dans le *Brasil Medico*, 10 août 1929.

Rietmann (B.). — Note préliminaire sur une épidermomycose palmaire noire observée au Brésil. *Bull. de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie* (Réunion de Strasbourg), 1930, p. 202.

Sartory (A. et R.), Rietmann (Br.) et Meyer (J). — Contribution à l'étude d'une épidermomycose brésilienne palmaire noire, provoquée par un Cladosporium nouveau. *Comptes-Rendus de la Société de Biologie de Strasbourg*, 1930, p. 878.

Ramos e Silva. (J.) — Sobre um novo caso de Tinea nigra. *Brasil Medico*, 12 juillet 1930.

Flaviano Silva. — A proposito da tinea nigra (Kératomycose nigricans palmar). *Brasil Medico*, 25 octobre 1930, p. 1201.

Flaviano Silva et Bahia de Mendonça (A). — Sobre um caso interessante de tinea nigra. *Gazeta Medica da Bahia*, 1932, p. 591.

Olympio da Fonseca Filho et Ferreira da Rosa (A.). — Sur le *Cladosporium Wernecki* et la kératomycose *nigricans palmar*. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, 1930, p. 785.

Castellani and Chalmers. — *Manual of Tropical Medicine*, 3e éd.

Castellani. — *Tropical Dermatology*. International Conference on Health Problems in Tropical America, 1924.

Brumpt. — *Précis de Parasitologie*. Masson et Cie, édit., Paris.

Nauck (E. G.). — Die Dermatomykosen in den Tropen. *Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten* von J. Jadassohn. Band. 12/1, p. 293.

Lustig. — Malattie infettive del uomo e degli animali.

Radæli. — Malattie cutanee, 1927.

Brocq. — *Précis-Atlas de Pratique Dermatologique*.

Martin Meyer. — *Exotische Krankheiten*.

Rheinhold Ruge, Muhlens (P.) und Zur Werth. — *Krankheiten und Hygiene der warmen Länder*, 2e éd.

Flaviano Silva. — Considerações em torno de um caso de purú-purú. *Brasil Medico*, 28 août 1926.

DES PHYTOTOXINES DANS LES CAS DE CERTAINES DERMATOSES ET DE SYPHILIS

Par M. M. KUSNETZ
Professeur agrégé.
[De la clinique dermato-vénérologique (Professeur A. M. Tichnenko, directeur],
de l'Institut de médecine à Kieff).

Les travaux de D. Macht (1) ont établi et les recherches ultérieures de D. Macht (2), de L. A. Tcherkess et M. I. Mangubi (3), de L. A. Tcherkess et G. Goldstein (5) et d'autres ont confirmé la présence dans le sang des individus sains, et surtout des malades, de substances particulières dont la révélation n'a été possible jusqu'à présent qu'au moyen d'expériences avec des plantes. L'effet toxique sur les tissus végétaux de ces substances biologiquement actives qui s'exprime par un arrêt de croissance de ces plantes a conduit à nommer les susdites substances des phytotoxines. Ces dernières se trouvent dans le sang des individus sains dans le sens clinique de ce terme ainsi que dans le sang menstruel des femmes (ménotoxines), mais surtout dans le sang des malades atteints d'anémie pernicieuse, de pemphigus, de lèpre (Macht), de schizophrénie et de trachome (L. A. Tcherkess) (4).

On se sert comme indice de phytotoxicité de l'intensité de croissance des radicules de *Lupinus albus*, plongées dans du liquide nutritif minéral Shive auquel on a ajouté du sérum du sang soumis à l'expérience. On mesure l'accroissement des radicules au bout de 24 heures. C'est le rapport de l'accroissement entravé des susdites radicules dans un milieu nutritif auquel on a ajouté le sérum à étudier à celui des radicules de la même plante dans le liquide Shive, qu'on appelle l'indice phytotoxique (i. ph.). Cet indice est 73-75 pour le sérum du sang des individus sains au point de vue clinique. Dans le cas des maladies ci-dessus mentionnées l'indice phytotoxique est moindre, et dans les cas d'anémie pernicieuse il est toujours inférieur à 51.

Bien que la question des phytotoxines date de plus de 10 ans (1923), elle n'est encore que très insuffisamment étudiée, et les communications concernant des recherches dans ce domaine, sont très peu nombreuses. Disons, à ce propos, que nous n'avons trouvé, dans la littérature à notre disposition, aucune indication relative à des recherches sur la phytotoxicité du sang des individus atteints d'affections cutanées (à l'exception d'une référence au pemphigus). Cependant l'étude de ce phénomène pourrait nous rapprocher de la compréhension de la nature des phytotoxines, d'une compréhension plus profonde peut-être de la pathogénie de certaines maladies et pourrait faire découvrir de nouvelles voies de traitement de ces dernières.

Sur la proposition de l'honoré professeur A. M. Tichnenko (à qui j'exprime ici ma profonde reconnaissance de m'avoir proposé ce sujet, indiqué sa littérature et dirigé mon travail) je me suis occupé pendant 3 années (1932-1935) de recherches sur le sang quant à la phytotoxicité dans des cas de pemphigus ainsi que d'autres dermatoses et de syphilis.

Nous avons employé les méthodes exposées dans la communication de D. Macht et de M. B. Livingston : on plongeait des graines de *Lupinus albus* pendant 24 heures dans de l'eau à la température de la chambre et on les laissait germer pendant 48 heures dans un thermostat à une température de 20° C., dans des sciures de bois (de pin) bien lavées et soumises préalablement à plusieurs reprises à la cuisson. Après avoir mesuré la longueur des radicules on les plongeait dans des éprouvettes de 20-25 centimètres cubes de capacité remplies de solution Shive diluée à moitié d'eau distillée et à laquelle on ajoutait le liquide étudié au taux de 1 o/o. On plongeait les radicules dans cette solution de façon que la graine se trouvât au niveau du bord de l'éprouvette. Des radicules d'une longueur égale plongées dans un milieu Shive dilué de la façon ci-dessus décrite sans y ajouter de sérum, servaient de contrôle. Au bout de 24 heures on mesurait l'accroissement des radicules et on déterminait l'indice phytotoxique.

La solution Shive était préparée par le professeur de chimie M. I. Perrier d'après la recette suivante : 10,4 de solution 1/2 moléculaire de $Ca/NO^3/2$. 4HO, 30,0 de solution 1/2 moléculaire de $MgSO^4.7HO$ et 36,0 de solution 1/2 moléculaire de $KH^2.PO^4$ dans 1 litre d'eau distillée.

Nous avons reçu les graines de *Lupinus albus* du savant botaniste du Jardin Botanique de Kieff, M. Waspermann (à qui nous exprimons ici notre reconnaissance) et ensuite nous nous sommes servi pour nos expériences ultérieures de graines poussées sur nos plantations.

Nos malades étaient classés d'après leur position sociale, leur sexe, leur âge et leur nationalité, ainsi qu'il suit : hommes, 9, femmes, 61 (au total, 70); Ukrainiens, 56, Juifs, 8, Russes, 4, autres, 2; ouvriers, 17, kolkhoziens, 26, employés, 14, autres, 13; de l'âge de 16 à 20 ans, 25, de 21 à 30, 28, de 31 à 40, 7, de 41 à 50, 8, au-dessus de 51, 2.

Nous avons eu 10 malades atteints de pemphigus sous notre observation, sur lesquels 24 expériences ont été faites. L'expérience avec un de ces malades n'ayant pas été exécutée avec assez d'exactitude, les résultats sont exclus de notre documentation. Aussi ne compterons-nous dans ce groupe que 9 malades avec 23 expériences (7 cas de pemphigus vulgaire, 1, de pemphigus végétant et 1, de *pemphigus foliaceus*). Le sérum du sang de tous les malades de ce groupe donnait un empêchement de croissance des radicules de *Lupinus albus*, et il faut noter que cet empêchement n'était pas égal chez le même malade, étudié à des moments différents de son séjour à la clinique. L'empêchement de croissance des radicules était différent et les indices phytotoxiques offraient des oscillations, commençant par des chiffres presque normaux (70 o/o) jusqu'à des chiffres très bas et même l'absence complète de croissance et la putréfaction des radicules dans des cas particuliers. Des indices bas ont été obtenus chez un malade de 55 ans avec efflorescences disséminées de pemphigus vulgaire, et dans 3 expériences des 6 produites sur ce malade, quelques-unes des radicules n'ont pas donné de croissance du tout. Abstraction faite de ces cas, l'indice phytotoxique moyen (arithmétique) de ce malade a été de 57,7 o/o. 6 expériences ont été opérées au cours de 15 jours avec un autre malade atteint de la même forme de pemphigus, un maître d'école âgé de 30 ans et qui se trouvait à la clinique dans un état grave. Ces expériences ont donné les mêmes résultats, l'indice phytotoxique moyen a été de 58,9 o/o. Dans un cas de *pemphigus foliaceus* chez une femme de 55 ans, malade depuis une année, l'expérience faite quelques jours avant l'exitus a donné i. ph., 9 o/o. Dans un cas de pemphigus végétant chez

une femme de 36 ans la première recherche sur le sérum a donné i. ph., 50 o/o, et la seconde, faite 4 jours plus tard après une aggravation progressive du processus a donné 17,3 o/o. Les autres malades de ce groupe ont donné des indices variables qui oscillaient de 64 à 38,4 o/o. Ainsi le sérum des malades porteurs de pemphigus avait des degrés de phytotoxicité différents, qui dépendaient, à ce qu'il semble, de l'état des malades pendant l'expérience ainsi probablement que d'autres causes.

Il y eut 8 malades atteints de lupus érythémateux chronique ; ils ont fait l'objet de 31 expériences. Chez une malade de ce groupe, une femme de 24 ans avec des foyers de lupus érythémateux à la face et aux mains, qui avait subi plusieurs infections et était atteinte d'un goitre, 8 expériences, faites en 24 jours ont donné un indice phytotoxique moyen de 56,6 o/o. Trois autres femmes âgées de 20 à 23 ans avec localisation sur la face d'un processus de 1 à 2 ans de durée, relativement saines en dehors de cela, ont eu des indices phytotoxiques moyens : 47,3, 60,9 et 67,3 o/o après 5-6 expériences faites en 12 à 18 jours. Chez une malade de 19 ans avec un processus datant de 5 ans, consécutif à une insolation, le i. ph. moyen a été de 47,2 o/o. Les résultats obtenus chez les autres malades ont été pareils à ceux des malades de ce groupe que nous avons mentionnés ci-dessus. En résumé, on peut constater la présence, chez les malades atteints de lupus érythémateux d'oscillations de l'i. ph. de 67,3 à 47,2 o/o.

15 expériences ont été faites sur 8 malades atteints de lupus vulgaire. Leur i. ph. oscillait entre 77,5 et 61,5 o/o, excepté chez un seul qui eut 29,4 o/o. Dans 3 cas d'eczéma disséminé le i. ph. offrait des oscillations entre 64,2 et 54,5 o/o.

Les expériences, faites dans 3 cas de psoriasis vulgaire, ne permettent pas de se prononcer avec assurance sur le degré de phytotoxicité du sang de ces malades, ces expériences ayant donné un empêchement considérable de croissance des radicules de *Lupinus albus*, jusqu'à l'arrêt complet de croissance et à la putréfaction des radicules dans quelques cas.

Citons toutefois ici les résultats obtenus à l'aide de ces expériences. Ainsi chez une malade atteinte de psoriasis vulgaire avec efflorescence disséminée le i. ph. était 13 o/o. Chez deux autres porteurs d'érythrodermie après psoriasis il atteignait 65,3 o/o, bien qu'il

eût été plus logique de s'attendre ici justement à des indices plus bas.

Nous donnons ci-dessous le tableau des résultats obtenus au cours des recherches sur des syphilitiques.

Chez	3 malades de Lues I (7 expér.) i. ph. . . .	39,3	o/o
»	10 malades de Lues II récent (13 expér.) i. ph. .	41	»
»	15 malades de Lues récidivant (25 expér.) i. ph.	56	»
»	2 malades de Lues latent (4 expér.) i. ph. . .	66	»
»	3 malades de Lues III actif (6 expér.) i. ph.. .	70,6	»

Enfin dans 5 cas de chancre mou (9 expériences) on a eu des i. ph. différents, de 33-36 o/o (avec bubons) jusqu'aux chiffres qui s'approchent de la normale.

Ainsi nous devons constater que nos expériences témoignent de la présence de phytotoxicité du sang chez un grand nombre d'individus atteints de différentes dermatoses et de syphilis. Le degré de phytotoxicité est différent chez différents malades atteints de la même forme de dermatose et dépend, probablement de certaines circonstances, comme : l'état du malade, le caractère du processus, la présence de quelques maladies des organes internes, etc. Nous avons pu, entre autres, constater un arrêt brusque de croissance des radicules dans les expériences avec le sérum du sang pris chez les femmes immédiatement avant les menstrues ou bien au cours de ces dernières. Ainsi le i. ph. d'une jeune femme de 19 ans qui offrait des phénomènes de récidive de syphilis secondaire était de 62,5 o/o avant les menstrues et baissa jusqu'à 48,2 o/o 3 jours plus tard, lors de l'arrivée des menstrues. Ce changement a été plus accentué encore chez une autre malade où l'accroissement fut extrêmement entravé et les radicules de *Lup. albus* commencèrent à pourrir au bout de 24 heures. Ensuite nous trouvons nécessaire de faire remarquer que la phytotoxicité du sérum diminue quand il est resté un certain temps sans être employé (même à une température basse, par ex. : 12°-8° C.). Ordinairement le sérum du sang est pris pour les recherches immédiatement après la séparation du caillot, c'est-à-dire 1, 2 et quelquefois 3 heures après la prise de sang. Dans plusieurs cas le sérum a été étudié non seulement le jour même où le sang était pris, mais aussi 24, 48 et 72 heures après. Dans ces cas le i. ph. était toujours plus bas dans l'expérience

opérée le jour même où le sang était pris que dans celle qui était opérée 1, 2 et 3 jours après. Pour en donner un exemple citons le cas d'une malade de 28 ans, atteinte de syphilis latente dont le sérum donna le i. ph. à 60 o/o le jour de la prise du sang et à 80,9 o/o 48 heures après. Il en fut de même pour une malade atteinte de chancre mou compliqué de bubons, chez laquelle le i. ph. qui était à 33,3 o/o le premier jour, marquait 69,2 o/o au bout de 24 heures, 68,5 o/o au bout de 48 heures et 80,9 o/o au bout de 72 heures. On peut en conclure avec quelque certitude que les phytotoxines se décomposent si le sérum reste longtemps non employé.

En comparant les résultats des recherches dans les cas de dermatoses sus-mentionnés on verra que le plus haut degré de phytotoxicité a été trouvé dans les cas de pemphigus et qu'il va en diminuant dans les cas d'eczéma disséminé, puis de lupus érythémateux et enfin de lupus vulgaire. Quant à la phytotoxicité du sérum dans les cas de psoriasis vulgaire, nous n'avons pas de données suffisantes pour nous prononcer d'une façon déterminée là-dessus. Les syphilitiques (toutes des femmes) avaient une très haute phytotoxicité (39,3 o/o) au cours de la période primaire et presque la même (41 o/o) au cours de la période secondaire récente; ce phénomène semblait aller en diminuant régulièrement dans les récidives et la syphilis latente pour donner dans la période tertiaire un i. ph. presque normal : 70,6 o/o. Il faut faire remarquer tout d'abord à propos de ces données qu'il est difficile d'admettre que la toxicité soit plus élevée dans la première période que pendant la généralisation du processus et l'intoxication de l'organisme par le virus syphilitique dans la période secondaire. Il est à supposer que quelques autres circonstances sont intervenues ici (chez les malades de Lues I) et se sont exprimées par de hauts indices de toxicité. On peut admettre que ces derniers sont les résultats d'une réaction particulière des organes et des tissus déjà sensibilisés pendant la première période. Quant à la diminution de la phytotoxicité chez le groupe donné de malades proportionnellement à l'augmentation de la durée de la maladie, ce fait semble être en accord avec nos idées sur les degrés d'atteinte de l'organisme humain par la syphilis pendant les différentes périodes de cette maladie.

Des recherches sur la phytotoxicité ont été réalisées immédiatement avant une injection de Novarsénol et pendant un certain délai

(jusqu'à 1 heure) après l'injection à trois femmes avec une efflorescence récente et à une femme avec une efflorescence récidivante de la période secondaire. Dans toutes les 7 expériences faites avec le sérum du sang de ces malades, la toxicité de ce dernier augmentait après l'introduction de la préparation mentionnée, en même temps que chez deux de ces malades l'accroissement des radicules de *Lupinus albus* était deux fois plus petit en comparaison avec celui qui avait été obtenu dans un sérum pris avant l'injection (i. ph. avant injection de Novarsénol, 69,1 o/o, après injection, 30,7 o/o).

En finissant nous devons faire remarquer que nos recherches n'ont pas toujours été irréprochables, les graines de *Lup. albus* que nous recevions n'ayant pas toujours été d'une fraîcheur égale, ce qui ne pouvait pas ne pas influencer l'intensité de la croissance des radicules. Ceci nous faisait procéder avec une attention particulièrement minutieuse dans le choix des radicules germées pour nos expériences. D'autre part des défauts d'un caractère technique influaient sur les résultats de ces dernières (par ex., la température du thermostat n'était pas toujours maintenue au niveau nécessaire). Nous avons tenu compte de ces circonstances en escomptant les résultats de nos recherches, de sorte que, dans certains cas séparés, nous n'avons pas noté de résultats du tout.

Les données de nos recherches que nous venons d'exposer ici sont insuffisantes pour en tirer des conclusions déterminées. Nous croyons cependant nécessaire de les communiquer à titre de communication préliminaire.

Bibliographie

1. Macht (D. I.) et Livingston (M. B.). *The Journal of general Physiology*, 1922, t. 4, n° 5, p. 573. — 2. Macht (D.). *The Journal of the Amer. Med. Association*, 1920, t. 89, n° 10, p. 753. — 3. Tcherkess (L. A.) et Mangubi (M. I.). *Wratch. Diélo*, 1930, n°s 19-20, p. 1392. — 4. Tcherkess (L. A.). *Kasansky Med. Journal*, 1934, n° 9, p. 874. — 5. Tcherkess (L. A.) et Goldstein (G.). *Dtsch. med. Wsch.*, 1929, n° 11, p. 434.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en juin 1935.

Annales d'Anatomie pathologique (Paris).

Le mécanisme de l'anthrax et son traitement, par A. Guillaume. *Annales d'Anatomie pathologique,* t. **12,** n° 3, mars 1935, pp. 336-339.

L'auteur distingue un furoncle simple limité à la cavité du follicule pilo-sébacé, un furoncle péri-folliculaire où la suppuration s'étend dans les assises denses du derme. L'anthrax n'est que la propagation de la suppuration au tissu cellulaire lâche qui amène l'oblitération des vaisseaux expliquant l'étendue de la nécrose superficielle. Il préfère à la résection en bloc à distance de la zone malade, l'ouverture au thermocautère de toute la zone qui constituera le bourbillon avec lavage de la cavité à l'opsolysine. A. Bocage.

Furoncle, anthrax, staphylococcie érysipélatoïde. Les divers aspects histologiques de ces manifestations, par J. Delarue. *Annales d'Anatomie pathologique,* t. **12,** n° 4, avril 1935, pp. 470-472.

L'auteur montre que plus que la disposition anatomique de la collection suppurée, le pouvoir nécrosant propre du staphylocoque en cause dans chaque cas commande l'étendue et la gravité des lésions.

A. Bocage.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

La syphilis au Hoggar. Observations recueillies au cours de années 1933 et 1934 à l'infirmerie indigène de Tamanrasset, par M. Perves. *Annales des Maladies Vénériennes,* année **30,** n° 6, juin 1935, p. 401, 12 fig.

Des observations poursuivies pendant deux années se dégage l'importance primordiale de la syphilis, grande dominante de la pathologie du Hoggar, mutilante et stérilisante à l'extrême et y évoluant depuis longtemps. P. donne une excellente revue d'ensemble des formes le plus souvent rencontrées et des résultats obtenus. La syphilis y présente une tendance arthrotropique largement prépondérante. Les accidents cutanés sont ceux d'une syphilis non traitée, les formes graves, muti-

lantes sont relativement fréquentes. Les manifestations héréditaires précoces peu nombreuses en apparence le seraient au dire des indigènes. Toutes les manifestations viscérales de la syphilis européenne se retrouvent. « Il est permis de supposer l'existence de formes nerveuses ».

H. RABEAU.

Nævi verruqueux linéaires de la vulve, par A. GOUGEROT et A. CARTEAUD. *Annales des Maladies Vénériennes*, année **50**, n° 6, juin 1935, p. 437.

Observation de nævi d'aspect syphiloïde, intéressants par leur siège, la disposition linéaire, l'association avec un double glaucome.

H. RABEAU.

Archives hospitalières (Paris).

Trois syndromes circulatoires des mains trop souvent confondus. Essai de schématisation du diagnostic clinique, par Cl. SIMON. *Archives hospitalières*, année **7**, n° 3, mars 1935, pp. 121-122.

Schématisation claire et précise des caractères objectifs de l'acrocyanose essentielle, de l'érythromélalgie et de la maladie de Raynaud.

A. BOCAGE.

Archives de l'Institut prophylactique (Paris).

La syphilis, maladie invisible, universelle et curable, par A. VERNES. *Archives de l'Institut prophylactique*, t. **7**, n° 2, 2e trimestre 1935, p. 89.

V. retrace l'histoire de cette lutte contre la syphilis et en décrit les trois phases : 1° phase d'incertitude du médecin ; 2° phase d'incertitude du laboratoire ; 3° phase de mesure qu'il a réussi à réaliser et dont il montre l'importance. H. RABEAU.

Un cas de réinfection syphilitique, par J. PEYROS et P. de BOISSEZON. *Archives de l'Institut prophylactique*, t. **7**, n° 2, 2e trimestre 1935, p. 112.

Observation d'un malade qui a présenté un chancre syphilitique avec tréponèmes, roséole discrète ultérieure, sérologie négative, traité par rhodarsan et qui revient *six mois après*, avec, en un point différent du premier, un nouveau chancre induré avec tréponèmes, roséole généralisée, sérologie positive tenace. H. RABEAU.

Chutes brusques de la courbe sérologique sous diverses influences et indépendantes du traitement, par GIRARD. *Archives de l'Institut prophylactique*, t. **7**, n° 2, 2e trimestre 1935, p. 118.

Quatre observations de syphilis, dont trois de syphilis récentes, traitées irrégulièrement et dont la sérologie encore élevée tombe à 0 après soit une infection, soit une brûlure. H. RABEAU.

Archives de Médecine des enfants (Paris).

Appendicite chronique et syphilis congénitale chez l'enfant, par W. Mikulowski. *Archives de Médecine des enfants*, t. **38**, n° 3, mars 1935, pp. 147-162. Bibliographie.

Exposé très complet des syndromes digestifs avec déséquilibre vago-sympathique qu'on peut rencontrer chez des hérédo-syphilitiques et qui sont susceptibles de guérir par le traitement spécifique. On y trouvera une revue des lésions syphilitiques de l'intestin et du mésentère.

A. Bocage.

Syphilis tardive simulant la tuberculose chez l'enfant, par J. M. da Rocha. *Archives de Médecine des enfants*, t. **38**, n° 6, juin 1935, pp. 335-343, 6 fig.

Chez un enfant de quatre ans, toussant depuis deux ans, avec lésions cavitaires du poumon, toutes les recherches concernant la tuberculose furent négatives et on découvrit une sérologie positive pour la syphilis. L'auteur rappelle que, comme le disait V. Ménard, « bien des scrofulates de vérole ne sont en réalité que des vérolates de vérole ».

A. Bocage.

Bulletin Médical (Paris).

Ponction lombaire ou ponction sous-occipitale, par C. Simon. *Bulletin Médical*, année **49**, n° 25, 22 juin 1935, p. 423.

L'auteur avait vu pratiquer, en 1928, la ponction sous-occipitale par Pires à Rio-de-Janeiro. Malgré sa facilité apparente, il n'avait pas renoncé à la ponction lombaire dont on sait les inconvénients. Ravaut, par la suite, fit des ponctions sous-occipitales, décrivit une position qui la rend plus aisée et en recommanda l'emploi. Une communication récente à la Société de Dermatologie confirma S. dans ses résolutions antérieures. Des accidents rapportés (voir observations de Weissenbach, Bocage et Bloch Michel) et de leur discussion se dégagent deux tendances opposées, les uns avec Gougerot et Sézary la considèrent comme une méthode d'exception, les autres, avec Touraine et Basch en restent partisans à condition d'observer une grande prudence et d'utiliser une technique impeccable.

H. Rabeau.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

L'allergie syphilitique expérimentale. Les chancres hypertrophiques de réinoculation, par Ch. Richet fils, J. Dublineau et Mme Michel. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année 99, 3e série, t. **113**, n° 8, 26 février 1935, pp. 284-287.

Ce type se voit uniquement, mais pas à tout coup, chez des animaux ayant subi trois mois auparavant une première inoculation avec du virus

Truffi ou du virus de paralytique général, première inoculation non suivie de chancre. L'incubation n'est pas modifiée, mais la lésion évolue vers la nécrose, elle dure six mois environ et les accidents secondaires sont fréquents. A. Bocage.

Action dépilatoire d'une pommade à la folliculine appliquée sur le visage d'une femme atteinte d'hypertrichose, par J. C. Mussio-Fournier, A. Bertolini, J. Morato-Manaro et W. Bruno. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année 99, 3e série, t. **113**, n° 10, 12 mars 1935, pp. 352-355, 2 fig.

Chez une femme ayant présenté quelques troubles ovariens accompagnés d'hypertrichose, une pommade à base de stéarate d'ammonium et de folliculine en frictions quotidiennes de dix minutes amena en deux mois la chute complète des poils de la région traitée seulement.

A. Bocage.

Valeur comparative de quelques réactions de fixation du complément ou de floculation sur le sang et le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis expérimentale et dans la spirochétose spontanée du lapin, par A. Bessemans et L. Assaert. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année 99, 3e série, t. **113**, n° 11, 19 mars 1935, pp. 364-368.

Ces résultats montrent le comportement très spécial du lapin à l'égard des réactions sérologiques, peut-être en rapport avec des infections inapparentes, coccidiose en particulier. A. Bocage.

Identité étiologique entre la maladie de Nicolas-Favre (lymphogranulomatose inguinale) et certaines anorectites ou recto-côlites végétantes. Etude expérimentale, par C. Levaditi, Mollaret et Reinié. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année 99, 3e série, t. **113**, n° 14, 9 avril 1935, pp. 439-457, 15 fig.

Le virus lymphogranulomateux provenant d'un cas de recto-côlite primitive a tous les caractères du virus classique de la maladie de Nicolas-Favre et, de plus, inoculé par voie sous-cutanée préputiale ou ganglionnaire chez deux paralytiques généraux, il a donné une adénite lymphogranulomateuse typique avec ultérieurement réaction de Frei positive. A. Bocage.

L'allergie syphilitique expérimentale. Les formes discrètes de réinoculation, par C. Richet fils, J. Dublineau et Mme Michel. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année 99, 3e série, t. **113**, n° 15, 16 avril 1935, pp. 504-510.

La deuxième inoculation au lapin est tantôt suivie d'une syphilis hypertrophique, tantôt d'une syphilis normale, tantôt d'une syphilis atténuée à incubation prolongée, chancre petit à évolution rapide, réaction de Meinicke intense, peu durable, immunisation peu marquée et courte. Le virus est temporairement atténué.

A. Bocage.

Recherches sur la perméabilité aux novarsénobenzols de la barrière hémato-méningo-encéphalique dans la paralysie générale avant et après malariathérapie, par D. Paulian et G. Tanaescu. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, année 99, 3e série, t. **113**, n° 22, 11 juin 1935, p. 850.

La perméabilité à l'arsenic s'abaisse après malariathérapie, on en retrouve moins dans le liquide rachidien une, quatre et dix heures après injection veineuse de néosalvarsan. A. Bocage.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris.

Valeur comparative de la ponction lombaire et de la ponction sous-occipitale : leurs indications respectives, par G. Guillain et P. Mollaret. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **51**, n° 18, 3 juin 1935, p. 936.

Les auteurs envisagent deux points de vue : 1° la comparaison des liquides lombaire et sous-occipital ; 2° la préférence à donner à l'un ou à l'autre mode de prélèvement.

1° Sauf si la ponction sous-occipitale est pratiquée en position de préculbute (Ravaut) qui donne essentiellement un liquide rachidien, il y a des différences importantes entre les résultats de l'examen du liquide spinal et du liquide cranien. Tout se passe comme s'il y avait sédimentation ou ce qui revient au même, résorption aqueuse prédominante au fur et à mesure que l'on descend le long de l'axe nerveux.

2° Par suite de la possibilité d'accidents graves, la ponction lombaire leur paraît devoir demeurer le mode de ponction habituel dans la clinique neurologique et partant syphiligraphique.

MM. Cathala, Tzanck, de Gennes, Jausion, Comby restent partisans de la ponction lombaire.

G. Basch se fait le défenseur de la ponction sous-occipitale particulièrement dans la pratique des dispensaires antivénériens où la ponction lombaire est souvent refusée. La possibilité d'accidents doit commander le choix des sujets, une technique impeccable.

Flandin et M. Pinard pensent qu'on ne doit pas être aussi sévère pour un mode d'investigation très utile, qui doit rester aux mains des seuls techniciens. H. Rabaud.

Syndrome bulbaire chez un syphilitique avec insuffisance aortique, par C. J. Urechia et Dragomir. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **51**, n° 19, 10 juin 1935, p. 950.

Malade de 34 ans ayant eu la syphilis 6 ans auparavant, qui présente une insuffisance aortique. Le Bordet-Wassermann du sang est positif. Après un effort violent et probablement après une embolie, il fait un syndrome bulbaire, caractérisé par des symptômes alternes. La ponction sous-occipitale donnant un liquide normal, les auteurs éliminent l'hypothèse d'une artérite ou autre lésion syphilitique du bulbe. La syphilis interviendrait secondairement, par l'intermédiaire du cœur.

H. Rabeau.

Etude clinique et humorale d'un cas de néphrite syphilitique secondaire tardive, par Ch. Flandin, G. Poumeau-Delille et Le Melletier. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **51**, n° 20, 16 février 1935, p. 1004.

Intéressante observation d'une syphilis secondaire tardive au cours de laquelle apparaît en dehors de tout traitement spécifique une néphrite syphilitique avec œdème, albuminurie massive, azotémie et légère insuffisance ventriculaire gauche. Les modifications humorales sont uniquement de type néphrite chlorurémique, sans aucun élément ou syndrome néphrosique. Le tréparsol donne une amélioration. Par la suite, les autres traitements spécifiques furent mal tolérés. La conduite du traitement dans de tels cas demeure souvent délicate et le pronostic d'avenir très réservé. H. Rabeau.

Particularités d'un certain nombre de cas d'érythème noueux, expression du début de la tuberculose chez l'enfant, par R. Debré, J. Marie, R. Broca, A. Saenze et J. Bernard. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **51**, n° 21, 24 février 1935, p. 1025.

Les recherches des auteurs leur ont montré la fréquence de l'érythème noueux, faisant partie du syndrome clinique du début de la tuberculose chez le sujet jeune. Au point de vue clinique, la rapidité d'apparition de certains érythèmes et aussi leur prompte disparition, la fréquence de l'association aux éléments noueux, d'éléments tuberculo-papuleux, érythémateux, véritable roséole tuberculeuse, la précession ou l'accompagnement assez fréquent d'une maladie infectieuse (érythème noueux accompagné) n'empêche que l'érythème noueux est cependant d'origine tuberculeuse ainsi que le démontre la sensibilité à la tuberculine, l'aspect radiologique du poumon, les ensemencements du sang, des nouures ou du liquide rejeté par lavage gastrique. Le fait que plusieurs de ces examens peuvent être positifs en même temps chez le même sujet prouve la dissémination des bacilles de Koch dans l'organisme, phénomène commun au début de la tuberculose chez l'homme et chez l'animal en expérience. Les examens histologiques d'éléments biopsiés ne peuvent permettre d'affirmer qu'il s'agit d'une lésion tuberculeuse. La constatation d'une cuti-réaction négative n'autorise jamais à nier l'origine tuberculeuse de l'érythème noueux. Il faut répéter les réactions tuberculiniques de même que les radiographies.

H. Rabeau.

Un cas de maladie de Besnier-Bœck à forme ostéo-ganglionnaire. Recherches concernant son étiologie, par R. J. Weissenbach et M. Kaplan. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **51**, n° 21, 24 juin 1935, p. 1036.

L'observation détaillée a été publiée dans le *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 2, février 1935, p. 253. Dans ce mémoire, les auteurs montrent l'importance des altérations radiographiques et indiquent toutes les recherches étiologiques pratiquées. H. Rabeau.

Bulletin général de Thérapeutique.

La dermatologie interventionniste, par G. Basch. *Bulletin général de Thérapeutique*, t. **186**, n° 3, 1935, p. 93.

Dans ce même journal, l'an passé, B. montrait bien l'évolution de la dermatologie qui tend à prendre un caractère biologique ; cette année, il consacre un numéro de cette revue à la dermatologie qu'il nomme « interventionniste ». De nombreux modes d'intervention s'offrent au dermatologiste : neige carbonique, courants de haute fréquence dont Ravaut a généralisé l'emploi, électrolyse un peu abandonnée, bistouri, applicable à certains lupus, curettage associé à l'électro-coagulation.

Mais il faut connaître les limites et les possibilités de chaque procédé et comparer les résultats afin de fixer une méthode pour chaque affection.

H. Rabeau.

Le diagnostic clinique des nævo-carcinomes et leur traitement par la diathermo-coagulation, par M. Ferrand. *Bulletin général de Thérapeutique*, t. **186**, n° 3, 1935, 4 fig.

Depuis 15 ans, Ravaut s'était particulièrement occupé avec F. de cette question délicate. Il s'était fait l'ardent défenseur de la diathermo-coagulation. Le diagnostic précoce de la tumeur nævo-carcinomateuse et sa destruction par la coagulation ne sont qu'une partie de la tâche. L'étude du malade après l'intervention, la recherche des récidives possibles, des adénopathies suspectes doit retenir toute l'attention du médecin qui peut ainsi avoir la chance dans certains cas d'arrêter ou du moins de retarder l'évolution de la généralisation cancéreuse.

Dans ce court mémoire, F. montre bien les difficultés de cette tâche. Le diagnostic clinique des nævo-carcinomes est dans un grand nombre de cas facile, mais ce sont les modes de début qu'il faut savoir reconnaître afin, par une intervention précoce, de prévenir l'inexorable évolution de l'affection. Pour cela, il faut être un dermatologiste très averti, et malgré cela le diagnostic des formes inhabituelles du nævo-carcinome à son début reste des plus difficiles. La biopsie à laquelle on serait tenté de recourir, doit ici être pratiquée avec une prudence exceptionnelle. Dans le service de P. Ravaut, il était habituel d'encercler de points d'électro-coagulation la tumeur à biopsier afin d'éviter la dissémination des cellules tumorales. Au début, en effet, le nævo-carcinome se comporte *comme* s'il ne présentait qu'une malignité *locale*. Le principe du traitement par la diathermo-coagulation du nævo-carcinome est d'obtenir une destruction immédiate et totale. La technique de l'intervention, ainsi comprise, paraît des plus simples, en réalité elle demande une grande expérience. La plaie opératoire doit être surveillée ; on peut observer de petits points qui avaient échappé à la coagulation et qu'il faudra se hâter de détruire. L'étude des adénopathies au cours des nævo-carcinomes doit retenir toute l'attention du médecin. De tels malades doivent systématiquement être revus à intervalles réguliers afin de

dépister des récidives ganglionnaires possibles sur lesquelles quelquefois on peut encore intervenir utilement. Le nombre des malades, le soin et la méthode avec lesquels ils ont été étudiés et traités, la longue durée d'observation, donnent à ces quelques pages où la clinique et la technique sont remarquablement associées, une importance considérable.

« Il faut ajouter, cependant, que malgré les progrès réalisés dans la technique de l'intervention, il est réellement difficile, et pour tout le monde, de bien traiter un nævo-carcinome ».

H. Rabeau.

Quand doit-on employer l'électrolyse en dermatologie, par P. Fernet. *Bulletin général de Thérapeutique*, t. **186**, n° 3, 1935, p. 110.

L'électrolyse qui a connu une grande vogue est actuellement complètement supplantée par la diathermo-coagulation. Pourtant maniée par des mains expertes, elle peut donner des résultats favorables et lorsqu'il s'agit d'interventions esthétiques, les cicatrices sont les plus belles qu'on puisse obtenir. Il y a longtemps (1898, 1907, 1924) Brocq a magistralement exposé les avantages de la méthode et minutieusement précisé sa technique. F. les rappelle utilement et montre les principales indications de l'électrolyse en dermatologie. On lira avec profit les conseils que lui dicte la longue expérience qu'il a de la méthode.

H. Rabeau.

Traitement chirurgical et physiothérapique du lupus tuberculeux, par J. Meyer. *Bulletin général de Thérapeutique*, t. **186**, n° 3, 1935, p. 118.

Le traitement local du lupus a beaucoup évolué depuis une dizaine d'années. Il comporte :

1° La destruction chirurgicale (électro-coagulation, galvano ou thermo-cautérisation ou, de préférence, exérèse au bistouri électrique) ou exérèse avec suture de greffe. On doit détruire ou extirper tout lupus qui n'intéresse pas un pli de flexion ou une région voisine des orifices de la face en dehors de quelques cas exceptionnellement vastes ;

2° La photothérapie qui s'applique surtout aux lupus médio-faciaux avec préparation à la curette ou au scarificateur ;

3° L'électro-coagulation ou galvano-cautérisation ponctuée des lupomes sur tissu scléreux.

Le traitement général doit lui être associé : traitements par l'allergine, les sels d'or, les vaccins de Boquet-Nègre, Vaudremer, les régimes de Gerson, Bircher..., et surtout la photothérapie générale. L'héliothérapie tellement supérieure à la photothérapie artificielle doit leur être appliquée. Le lupus doit être assimilé au point de vue sanatorial aux tuberculoses ostéo-articulaires. L'association française pour l'aide aux lupiques s'efforce d'organiser ces cures sanatoriales d'un intérêt considérable.

H. Rabeau.

Traitement de deux dermatoses inesthétiques : l'hypertrichose et le xanthélasma, par M. Ducourtioux. *Bulletin général de Thérapeutique*, t. **186**, n° 3, 1935, p. 126.

C'est seulement en agissant sur la papille qu'on peut détruire définitivement le poil. Des trois méthodes dont on dispose, la radiothérapie doit être rejetée parce que dangereuse. L'électrolyse et la diathermo-coagulation sont les seuls traitements efficaces. D. précise la technique de cette dernière méthode qui lui est familière, le secret de cette technique résidant dans la faible intensité du courant employé et la profondeur à laquelle on doit faire la diathermo-coagulation.

Pour le xanthélasma, deux procédés de choix : la résection aux ciseaux suivie de sutures et l'électro-coagulation. Ils donnent des cicatrices parfaitement souples et peu visibles.

H. Rabeau.

Du choix de la méthode dans le traitement de quelques tumeurs de la peau, par G. Basch. *Bulletin général de Thérapeutique*, t. **186**, n° 3, 1935, p. 134.

Le choix de la méthode doit être commandé moins par la nature de la tumeur (exception faite pour le nævo-carcinome) que par un ensemble de conditions qui varient à l'infini : volume, siège, nombre des éléments, condition sociale, âge, sexe.... Pour trois affections : verrues, chéloïdes, angiomes, B. envisage la plupart de ces éventualités et, passant en revue les moyens dont on dispose actuellement, indique la méthode qui lui paraît devoir donner les meilleurs résultats.

H. Rabeau.

Comptes rendus de la Société de Biologie (Paris).

Réaction de Bordet-Wassermann pratiquée avec des sérums préalablement soumis à l'action de certains sels, par R. Dujarric de la Rivière et Hoang Tich Try. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. **118**, n° 13, 30 mars 1935, pp. 1270-1272.

Utilisés en dilution comparable à celles qu'ils auraient dans le sang aussitôt après une injection intraveineuse, divers médicaments antisyphilitiques ont négativé une proportion importante des réactions : 16,6 o/o pour le bismuth, 26,6 o/o pour le mercure avec des variations pour les divers composés, 40,6 o/o pour le novarsénobenzol.

A. Bocage.

Réactions pigmentées des téguments chez le lapin après certaines injections intradermiques, par M. Aïtoff. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. **118**, n° 14, pp. 1380-1382, 1 fig.

L'auteur confirme la pigmentation du derme décrite par Yourevitch à la suite d'injection intradermique de toxine diphtérique. Ici, il s'agit d'injections de cultures de certains staphylocoques. Le même phéno-

mène peut être produit par friction avec des pommades contenant un antivirus staphylococcique. A noter que dans les régions pigmentées à la suite de cette action, comme dans les régions pigmentées naturellement et indemnes de toute manipulation, les inoculations intradermiques de staphylocoque donnent des abcès infiniment moins volumineux et à évolution beaucoup plus rapide que ceux des régions où l'épiderme n'est pas pigmenté. H. Rabeau.

La gono-réaction. Technique au sérum frais, par P. Champon et L. Lafrance. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. **118**, n° 15, 11 mars 1935, pp. 1533-1534.

Exposé détaillé de leur méthode qui leur a donné 91,6 o/o de coïncidences avec la clinique. A. Bocage.

Du pouvoir anti-choc des extraits pancréatiques, par H. Violle et Montus. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. **119**, n° 16, 4 mai 1935, pp. 46-47.

Expérimentalement chez le cobaye, l'injection intracardiaque de pancréatine 5 minutes avant l'injection déchaînante préserve l'animal dans 70 à 90 o/o des cas.

Chez l'homme adulte, l'ingestion de 4 grammes par jour de pancréatine du Codex n'a aucun effet. Les auteurs estiment qu'à la dose de 2 grammes par jour elle fut efficace chez l'enfant à la condition d'être continuée 18 jours : les chiffres qu'ils donnent ne sont pas absolument convaincants, étant donné que l'enfant fait beaucoup moins de réactions sériques que l'adulte. A. Bocage.

Cycle évolutif du Treponema pallidum, par C. Levaditi, R. Schœn et A. Vaisman. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. **119**, n° 20, 1er juin 1935, pp. 466-470, 1 fig.

La transplantation sur le lapin de greffons de tissu syphilitique préalablement insérés sous la peau de la souris permet de constater que les formes en boucles ou en pelotes de *treponema pallidum* représentent des stades particuliers du cycle évolutif du virus syphilitique, destinés à reprendre rapidement la forme spirochétienne si le milieu redevient favorable. A. Bocage.

Lésions syphilitiques d'inoculation de l'œil chez le lapin après maintien apparent ou réel de l'intégrité de la cornée et des muqueuses, par A. Bessemans, M. van Duyse et J. van Canneyt. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. **119**, n° 20, 4 mai 1935, pp. 526-528.

La cornée et la conjonctive bulbaire sont particulièrement sensibles à l'infection. Toutes ces muqueuses sont perméables au tréponème même sans traumatisme apparent. A. Bocage.

Possibilité d'une nouvelle technique de la réaction de Wassermann basée sur l'action négativante des composants de l'alexine, par Otto G. Bier. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. **119**, n° 22, janvier-février 1935, pp. 758-760.

L'addition de tubes de sérum-ammoniac et de sérum-levure paraît permettre une extension de l'échelle de dosage de la positivité.

A. Bocage.

Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques (Paris).

Le diagnostic de la maladie de Hodgkin chez l'enfant, par E. Lesné et Launay. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. **56**, cahier 11, 10 juin 1935, art. 31.217, p. 388.

Le diagnostic est à la fois plus simple et plus hésitant que chez l'adulte : plus simple, parce qu'on n'observe pas à cet âge le polymorphisme clinique de la lymphogranulomatose de l'adulte, plus hésitant parce qu'amputée d'une partie de ces symptômes, elle offre des analogies plus étroites avec les autres variétés d'intumescences ganglionnaires si banales à cette période de la vie. Le tableau de la maladie au début se réduit à une adénopathie chronique modérément fébrile constamment accompagnée de splénomégalie modérée. Il n'y a ni prurit, ni modifications cutanées. Le diagnostic se fondera sur l'image radiographique médiastinale, sur une cuti-réaction négative à la tuberculine, sur l'examen du sang montrant une éosinophilie nette ou une polynucléose neutrophile importante et répétée. Le vrai diagnostic différentiel est à faire avec une tuberculose ganglionnaire à forme lymphadénique.

H. Rabeau.

Journal de Médecine de Paris.

Gonocoque et polymorphisme microbien, par P. Barbellion. *Journal de Médecine de Paris*, année **55**, n° 26, 27 juin 1935, p. 571.

Le gonocoque est un germe bien défini, stable, difficile à cultiver et susceptible seulement de transformations presque imperceptibles sur le vivant, peu accentuées sur les cultures (formes de résistance hypertrophiques). Les autres germes uréthraux participent bien davantage au polymorphisme microbien. Ce qu'on est convenu d'appeler « pseudo-gonocoques » sont des germes instables qui passagèrement, peuvent prendre l'aspect de diplocoques à Gram négatif et ainsi prêter à l'erreur.

H. Rabeau.

La Presse Médicale (Paris).

A propos de l'article de M. Benech : prophylaxie des accidents dus aux arsénobenzènes (méthode personnelle), par V. Rebaudi. *La Presse Médicale*, année **43**, n° 45, 5 juin 1935, p. 899.

R. rappelle ses travaux à l'Institut Maragliano sur le pouvoir désintoxicant des substances albuminoïdes réduites à l'état d'acides aminés. La méthode proposée par M. Benech comporte 20 o/o d'insuccès. Celle des acides aminés hépatiques expérimentée depuis plus de 3 ans et portant sur un total de 2.000 injections donne des résultats nettement meilleurs. La substitution du glycocolle aux acides aminés du foie ne lui paraît pas réaliser un progrès. H. Rabeau.

Lèpre fruste et formes granulaires du bacille de Hansen, par Faure Beaulieu et Mlle C. Brun. *La Presse Médicale*, année **43**, n° 50, 22 juin 1935, p. 1003.

La forme acido-résistante du bacille de Hansen ne représente qu'un des aspects que peut revêtir le germe lépreux au cours de son évolution. Celle-ci comporte plusieurs phases : 1° une phase initiale granulaire, représentée par des éléments cyanophiles : cocci ou diplocoques rappelant le méningocoque ; 2° une phase bacillaire cyanophile ; 3° une phase bacillaire acido-résistante. Les auteurs publient une observation de forme fruste de lèpre dont le diagnostic fut confirmé par la biopsie d'une macule cutanée montrant la présence d'éléments cocciformes cyanophiles ou faiblement acido-résistants, identiques à ceux des cultures obtenues par Vaudremer.

Le virus lépreux présente avec le virus tuberculeux des analogies non seulement morphologiques et tinctoriales mais aussi biologiques.

H. Rabeau.

Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Pustulosis vacciniformis Kaposi, par A. Kissmeyer et J. Buhl. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, année **11**, n° 3, mars 1935, pp. 133-137, 3 fig.

C'est une éruption à vésicules ombiliquées survenant toujours chez un nourrisson comme complication d'un eczéma existant, s'accompagnant volontiers d'un mouvement fébrile, susceptible de laisser des cicatrices et de se terminer par des ulcérations profondes, voire même une infection mortelle. Elle est d'origine staphylococcique.

A. Bocage.

Epithélioma parakératosique, par G. Milian et L. Périn. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, année **11**, n° 3, mars 1935, pp. 138-139, 1 fig.

Un placard d'aspect parakératosique s'est montré histologiquement de structure identique à celle que les auteurs ont décrit sous le nom d'épi-

thélioma érythémateux, lequel cliniquement simule le lupus érythémateux. La question de l'identité de ces deux types avec l'épithélioma pagétoïde n'est pas abordée. A. BOCAGE.

Douleurs et nodosités d'huile grise, par G. MILIAN. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* année **11**, n° 3, mars 1935, pp. 140 146, 1 fig.

Étude clinique et histologique des réactions locales consécutives aux injections d'huile grise : douleur contusive classique, douleur phlegmasique par collection aseptique, abcès ou hématomes migrateurs.

A. BOCAGE.

Abcès froid staphylococcique par injection intramusculaire de sel bismuthique en solution aqueuse, par G. MILIAN. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* année **11**, n° 3, mars 1935, pp. 147-149, 1 fig.

Abcès accompagné de fièvre à 40°, mais au lieu de rougeur locale aspect violacé avec un bourrelet d'œdème blanc à la suite d'injection de B. S. M. A. BOCAGE.

A propos d'une nouvelle méthode très active dans le traitement de la syphilis, par TULIU BLANC. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* année **11**, n° 3, mars 1935, pp. 150-152.

Cette méthode, que l'auteur trouve aussi très utile dans le traitement de la maladie de Nicolas-Favre et des complications de la blennorragie, consiste à faire le même jour trois injections intramusculaires d'un bismuth oléosoluble, de salicylate de mercure en solution huileuse ou de salicyl monométhylarsinate de mercure et d'un vaccin polymicrobien (pyocyanique, *proteus*, staphylocoque, streptocoque, colibacille) destiné à provoquer une réaction fébrile à 38°-39°. Il semble que l'auteur répète 7 ou 8 fois ces triples injections à intervalles de 2 à 4 jours, en intercalant entre chacune une injection intramusculaire d'un arsénobenzène.

A. BOCAGE.

Hérédo-syphilis précoce des os longs, par L. KWAZEBART et B. ROSNOWSKA. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* année **11**, n° 4, avril 1935, pp. 195-210, 8 fig.

Important travail qui montre la grande valeur de la radiographie du squelette au cours de la première année de la vie pour le diagnostic de la syphilis héréditaire que les auteurs ont trouvée dans 43 cas sur 100 enfants examinés ; malheureusement, ils n'indiquent pas sur quelle catégorie de sujets ont porté leurs examens : il semble qu'il se soit agi uniquement d'hérédo-syphilitiques indiscutables ayant ou des accidents manifestement syphilitiques ou une sérologie positive. La lésion la plus fréquente est la périostite, ensuite vient l'ostéochondrite.

A. BOCAGE.

Contribution à l'étude des dermites des parures. Pathogénie et traitement, par G. C. Higouménakis. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, année **11**, n° 4, avril 1935, pp. 211-222, 3 fig.

Trois cas dus à des métaux (aluminium, laiton, nickel) avec dans l'un petite réaction ganglionnaire expérimentale : irritation d'origine chimique. Deux cas qualifiés d'origine mécanique dans lesquels il s'agit en réalité de taches blanches dues à l'arrêt des radiations solaires par les perles volumineuses de colliers. A. Bocage.

Le traitement du pemphigus par un carbamide benzo-sulfoné, par S. A. Bermann et A. I. Meyzel. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, année **11**, n° 4, avril 1935, pp. 223-233. Bibliographie.

C'est le moranyl ou « 309 Fourneau » (naganol des vétérinaires). Après rappel détaillé des observations antérieurement publiées, l'auteur relate trois cas personnels dont deux guérisons dans le pemphigus vulgaire. A. Bocage.

Revue Neurologique (Paris).

Ependymite de nature probablement syphilitique, par C. I. Urechia et M. Bumbacescu. *Revue Neurologique*, année 42, t. **63**, n° 2, février 1935, pp. 272-277, 2 fig.

Premier épisode d'allure méningitique, évolution très lente, somnolence, terminaison par une phase comateuse prolongée huit ans après le début. A l'autopsie, épendymite inflammatoire de nature non démontrée peut-être syphilitique. A. Bocage.

Crises motrices des extrémités d'origine tabétique, par J. C. Mussio-Fournier et F. Rawak. *Revue Neurologique*, année 42, t. **63**, n° 2, février 1935, pp. 268-272.

Crises de quelques minutes de flexion et extension du gros orteil gagnant peu à peu tout le membre chez une grande tabétique. Amélioration après pyréthothérapie qui augmente temporairement l'intensité des crises. Dans leurs commentaires, les auteurs rappellent les observations antérieures, discutent les lésions anatomiques et donnent la bibliographie de la question. A. Bocage.

Guérison d'un cas de paraplégie flasque postvaccinothérapique chez un malade atteint de la maladie de Nicolas-Favre, par Marinesco et Grigoresco. *Revue Neurologique*, année 42, t. **63**, n° 5, mai 1935, pp. 713-716.

Chez un jeune homme de 22 ans traité pour maladie de Nicolas-Favre par le vaccin de Ionesco-Mihaesti, à la douzième injection, paraplégie flasque avec troubles sphinctériens qui guérit en deux mois avec salicylate, urotropine et chlorure de calcium. Les auteurs se demandent s'il ne s'agit pas d'une localisation nerveuse du virus de la maladie de Nicolas-Favre. A. Bocage.

Gazette des Hôpitaux (Paris).

La ponction sous-occipitale. Son importance en syphiligraphie. Son innocuité. Sa facilité technique, par R. Le Baron et Fourestier. *Gazette des Hôpitaux*, année **108**, n° 32, 20 avril 1935, pp. 537-541. Bibliographie.

Excellente revue générale montrant les avantages de cette méthode d'examen du liquide céphalo-rachidien. A. Bocage.

La maladie de Nicolas-Favre, par G. Vial. *Gazette des Hôpitaux*, année **108**, n° 44, 1er juin 1935, pp. 765-770.

Très bonne revue générale, claire et précise.

A. Bocage.

Psoriasis arthropathique et glandes endocrines, par E. Sergent, H. Mamou et C. Debray. *Gazette des Hôpitaux*, année **108**, n° 47, 12 juin 1935, pp. 813-816. Bibliographie.

Observation d'un homme de 45 ans qui présente une cholécystite chronique, un psoriasis arthropathique, dont chaque poussée coïncide avec une manifestation lithiasique, enfin une tétanie récente. A ce propos, les auteurs discutent les relations du psoriasis avec le métabolisme des lipides, avec l'insuffisance thyroïdienne et parathyroïdienne.

A. Bocage.

Paris Médical.

Les localisations rectales de la maladie de Nicolas-Favre, par B. Cunéo. *Paris Médical*, année **25**, n° 14, 6 avril 1935, pp. 294-300.

Excellente revue générale. L'auteur décrit quatre types cliniques : le rétrécissement ano-rectal de Fournier, le rétrécissement avec ano-rectite végétante et ulcéreuse, l'ano-rectite chronique ulcéro-végétante sans rétrécissement, enfin l'ano-rectite et le rétrécissement avec lésions éléphantiasiques des organes génitaux. Pour tous ces syndromes, il n'admet qu'une étiologie, la maladie de Nicolas-Favre, les autres causes : tuberculose, nocardia, blennorragie, chancrelle ne lui paraissant pas démontrées ou tout à fait exceptionnelles (une seule fois, le bacille tuberculeux a été trouvé, cas de Moulonguet).

A. Bocage.

Les sels d'or: Pharmacologie. Formules chimiques. Physiologie. Accidents. Posologie, par J. Forestier et A. Certonciny. *Paris Médical*, année **25**, n° 25, 22 juin 1935, pp. 577-587.

Précieux document groupant et condensant tout ce qu'on doit savoir sur la question. A. Bocage.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Psoriasis et formule leucocytaire (Schuppenflechte und Blutbild), par I. Stützel-Gernek. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, nos 22 et 23, 1er et 8 juin 1935, pp. 613 et 645.

L'auteur a étudié la formule sanguine et ses variations chez 140 psoriasiques avant, pendant et après le traitement, et aussi au cours des poussées. Voici les conclusions auxquelles aboutit ce patient travail. Chez la plupart des psoriasiques, il y a augmentation des lymphocytes et diminution des neutrophiles. Cette lymphocytose sanguine persiste et même augmente après le traitement. L'éosinophilie est en règle normale ; les grands mononucléaires ne subissent aucune modification. Il n'y a pas de rapport entre les modifications sanguines et les manifestations cutanées, qu'elles soient chroniques ou aiguës, qu'elles s'étendent ou régressent. La nature et la durée du traitement n'exercent aucune influence sur la formule sanguine : chez certains malades l'on voit se produire après le traitement une augmentation des lymphocytes jusque-là normaux ; chez d'autres, la lymphocytose s'atténue après le traitement ; chez d'autres enfin, aucune modification.

C'est dire que la formule sanguine dans le psoriasis n'a aucune signification ni étiologique, ni pronostique, ni diagnostique.

L. Chatellier.

Sur l'emploi thérapeutique de l'extrait cutané en dermatologie (Zur therapeutischen Verwendung von Hautextrakt in der Dermatologie), par W. Milbradt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 22, 1er juin 1935, p. 621.

M. a utilisé la « tektodyn » en injection ou en ingestion dans diverses dermatoses (furonculose, staphylococcie, érythème, eczéma, lichénification, etc.) et il a pu en constater le pouvoir anti-infectieux et anti-allergique.

L. Chatellier.

Sur le lymphocytome miliaire de la peau (Ueber Lymphocytoma miliare cutis), par K. v. Berde et M. Lang. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 23, 8 juin 1935, p. 641, 4 fig.

Le lymphocytome de la peau, à distraire des leucémies et des lymphosarcomes, est constitué par des nodules disséminés ou groupés, composés d'un infiltrat à lymphocytes. Depuis la description de Jadassohn, nos connaissances sur cette affection rare (21 cas depuis 38 ans) comportent encore des lacunes.

B. et L. rapportent une observation intéressante. Un homme de 29 ans, vu en 1934 pour une lésion du dos du pied, présentait en outre, depuis 10 ou 12 ans, une éruption qui siégeait sur la face d'extension de la cuisse gauche et qui s'était constituée peu à peu, sans provoquer aucune sensation subjective. Au premier examen, l'on découvrait sur la cuisse une large zone d'atrophie cutanée ; mais à jour frisant, il apparaissait que cette atrophie était constituée par des taches distinctes, au

milieu desquelles se voyaient de nombreux nodules, dont les dimensions pouvaient atteindre celles d'une demi-lentille, et qui ressemblaient à de petits lupomes, quoique moins translucides. Sur la cuisse droite, 3-4 nodules épars. Au microscope, le nodule est strictement formé par un infiltrat lymphocytaire, disséminé dans un fin réticulum. La formule sanguine montre une lymphocytose de 47 o/o ; la réaction de Wassermann est fortement positive. Un traitement antisyphilitique n'amène aucune modification des éléments. Les auteurs écartent la sarcoïde de Bœck, le lupus et la syphilis, pour ne retenir, surtout d'après l'histologie, que le diagnostic de lymphocytome.

L. Chatellier.

Sur le traitement diététique de l'eczéma avec considérations particulières sur l'influence du régime sur la formule sanguine, la réserve alcaline et le quotient K/Ca (Zur diätetischen Behandlung des Ekzems mit besonderer Berücksichtigung des Einflusses der Kost auf Blutbild, Alkalireserve und K/Ca Quotient), par E. Zitke et L. Peters. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, nos 24 et 25, 15 et 22 juin 1935, pp. 669 et 697.

Le régime institué comporte une alimentation sans viande, riche en hydrates de carbone et en graisse, pauvre en albumine et en sel. Son effet sur la formule sanguine, la réserve alcaline et le quotient K/Ca a été observé à la fois sur 36 malades, dont 6 psoriasis ; l'efficacité thérapeutique se constate dans l'eczéma comme dans le psoriasis. Son action est donc non spécifique et est due à une modification générale. La réserve alcaline et le quotient K/Ca augmentent ; les variations de la formule sanguine sont peu significatives. Bien que non spécifique, l'efficacité thérapeutique du régime est indéniable et la diététique dans les dermatoses est appelée à jouer un rôle de plus en plus important, car elle est un adjuvant thérapeutique précieux.

L. Chatellier.

Sur l'emploi local du thallium dans les mycoses des poils (Ueber die lokale Anwendung des Thalliums bei pilzartigen Erkrankungen der Haare), par S. Liebermann. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, no 24, 15 juin 1935, p. 675.

Après expériences favorables sur cobayes et lapins, L. a employé chez l'enfant l'acétate de thallium en applications locales pour le traitement des teignes. Les cheveux sont taillés à 0 cm. 5, les territoires malades sont dégraissés à la benzine et à l'éther. La dose de thallium varie avec la taille de l'enfant : en règle, moitié de la dose *per os*. La quantité ainsi nécessaire est : tantôt mélangée à un excipient colloïde, puis appliquée sur la région malade ; tantôt réduite à une solution à 1 o/o, qui est versée goutte à goutte sur la plaque jusqu'à complète dessiccation, la surface imbibée étant ensuite recouverte de collodion ; tantôt enfin, la plaque est recouverte d'ouate imbibée de la solution, puis recouverte d'imperméable et le tout maintenu par une bande circulaire de collo-

dion. Au bout de 13-15 jours, le pansement est enlevé ; l'opération emporte la plupart des cheveux, en général atrophiés. Ceux qui restent sont épilés à la pince. Le traitement est achevé par des badigeonnages iodée à 1 o/o et la pommade de Wilkinson. 25 enfants ont été ainsi traités avec un plein succès et la repousse est, en général, complète au bout de 3-4 mois. Pas de récidives. L. Chatellier.

Remarques sur le précédent travail (Bemerkungen zur vorstehenden Arbeit), par A. Buschke. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 24, 15 juin 1935, p. 677.

B., en remarque au précédent article, rappelle ses propres travaux expérimentaux sur la souris et le rat, et les conclusions auxquelles il avait abouti. Chez l'homme, l'emploi local en pommade au 1/1.000e et au 1/100e lui a donné des résultats dans les teignes et le sycosis surtout associé à la radiothérapie. Cette action du thallium local est due à son action sur les terminaisons des nerfs végétatifs.

L. Chatellier.

Sur le traitement de la tuberculose des muqueuses (Zur Behandlung der Schleimhauttuberkulose), par O. Wartemann. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 24, 15 juin 1935, p. 680.

W. emploie pour les tuberculoses des muqueuses (bouche, nez, gorge), la diathermie après anesthésie locale bien faite. Il arrive ainsi à une destruction parfaite, limitée, moins brutale que par l'électro-coagulation. Les précautions doivent être particulièrement minutieuses au niveau des gencives. L'eschare tombe au bout de 2-4 jours, la réparation est bonne, rapide, sans rétraction cicatricielle. W. y ajoute parfois les badigeonnages à la pyotropine. Il a obtenu par ce procédé des succès après échec de toutes les autres méthodes. L. Chatellier.

Sur les parasites mycéliens de la peau malade et leur rôle dans le développement et la durée de diverses dermatoses (Ueber die Schimmelpilze der erkrankten Haut- und ihre Rolle bei der Entstehung, bzw beim Verlauf verschiedener Hautkrankheiten), par D. Olah. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 25, 22 juin 1935, p. 703.

Depuis 30 ans, le rôle des parasites mycéliens dans la genèse des maladies de la peau s'étend. L'on sait en outre que la surface cutanée héberge de nombreux parasites, qui peuvent à l'occasion acquérir un pouvoir pathogène soit à la faveur d'une défaillance générale, soit à la faveur de lésions locales. La dermatose originelle peut alors être transformée ou prolongée.

O. a voulu étudier dans diverses recherches ce rôle secondaire des parasites mycéliens et en déterminer par la culture les diverses espèces. En 3 ans, il a systématiquement ensemencé, après nettoyage minutieux et les plus strictes précautions d'antisepsie, le produit de multiples dermatoses : microspories, tricophyties superficielles ou profondes, favus, épidermophyties, pyodermites, eczémas, dyshidrose, séborrhée, acné,

balanoposthite, zona, psoriasis, etc., en tout 1.379 malades. Il a ainsi constaté la présence, à côté de l'agent pathogène (microsporon, tricophyton, pyocoques), de divers parasites mycéliens, appartenant à des espèces variées, surtout au niveau du cuir chevelu, des plis de flexion et des plis inguinaux ou anaux et des espaces interdigitaux. Ces parasites surajoutés ne sont pas toujours inoffensifs : ils peuvent modifier l'allure clinique de l'affection primaire, en prolonger la durée et même créer pour leur propre compte une dermatose secondaire.

L. CHATELLIER.

Sur la coloration noire de la substance cornée animale et humaine après imprégnation par les solutions mercurielles et l'action de la lumière solaire sur l'évolution de la réaction chimique primitive (Ueber die Schwarzfarbung tierischer und menschlicher Hornsubstanz nach Imprägnation mit Quecksilberlösungen und den Einfluss des Sonnenlichtes auf den Ablauf der ursächlichen chemischen Umselzung), par F. JOHN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 26, 29 juin 1935, p. 728, 3 fig.

Les ongles traités par le mercure se colorent, après irradiation solaire, en gris et en noir. L'intensité de la coloration dépend de l'intensité de l'irradiation. Les rayons du spectre visible sont les facteurs de cette modification ; les rayons dans la zone de l'ultra-violet et au-dessous n'ont aucune influence. La substance colorante est formée de petits granules noirs, logés dans les fentes du tissu corné et qui, en lumière polarisée, sont isotropes ; ils sont constitués par du mercure métallique ou un oxyde mercuriel. La quantité de mercure trouvée dans la substance cornée est très grande. Le traitement par l'iode empêche ou modifie la transformation du mercure. L. CHATELLIER.

Recherches comparatives sur la repousse du poil par les hormones à l'état normal et pathologique (Vergleichende Versuche zur Anregung des Haarwuchses mittels Hormonen im gesunden und kranken Zustand), par G. DÓCZY. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **100**, n° 26, 29 juin 1935, p. 733.

Chez le cobaye épilé, l'atropine, la pilocarpine, l'anteovine et l'antetestine en ingestion provoquent une repousse plus rapide des poils. Après ces expériences, D. a essayé chez 20 peladiques le traitement par injections d'anteovine et d'antetestine avec un plein succès, la repousse débutant dès la troisième ou quatrième semaine de traitement. Dans un cas d'alopécie totale maligne, ce traitement, associé au traitement par compression de Kromayer jusque-là inefficace, a déterminé la repousse complète des deux tiers externes du sourcil et d'un duvet céphalique. Chez 10 malades, les épreuves biologiques témoignent d'une sympathicotonie accrue ; les régions malades sont en ischémie par innervation vasculaire anormale. Les injections d'anteovine et d'antetestine agissent non seulement sur l'hypophyse et les glandes sexuelles, mais aussi sur la thyroïde, les surrénales et le pancréas et même sur la pigmentogenèse. L. CHATELLIER.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Quelques découvertes récentes sur le furoncle et la furonculose (Einige neue Befunde über Furunkel und Furunkulose), par M. LEWIN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. 71, f. 5, juin 1935, p. 197.

L. étudie la virulence du staphylocoque du furoncle par l'inoculation à l'animal, dont il observe les réactions. Celles-ci peuvent aller de l'érythème à la nécrose. Par ce procédé biologique, il a constaté que le furoncle est dû à un staphylocoque de haute virulence qui se trouve aussi tout autour du foyer central sur la peau saine. De plus, ce staphylocoque est doué d'un dermotropisme très marqué. Les dermatoses suintantes, on le sait, sont souvent à l'origine de furonculoses graves ou locales ou disséminées. Là encore, L. a pu constater la haute virulence du microbe. L. CHATELLIER.

Contribution à la question de l'urticaire a calore (Beitrag zur Frage der Wärme urticaria), par W. BARTELS. *Dermatologische Zeitschrift*, t. 71, f. 5, juin 1935, p. 201.

B. rapporte une observation typique. Chez ce malade, les papules apparaissent par action de la chaleur, quel que soit le procédé ; pendant l'éruption, il existe non seulement une élévation thermique locale de la peau, mais une élévation de tout le corps. Si l'on provoque une élévation thermique générale par action externe (bain) ou interne (pyrifer), l'éruption se produit également. Malgré le résultat négatif de la transmission passive par la méthode de Praustnitz et Küstner, B. pense qu'il s'agit là d'un processus allergique, comme l'indiquent ses tentatives heureuses de désensibilisation.

(Dans ce numéro, l'on trouvera en outre une utile revue des travaux parus depuis un an sur la tuberculose, les mycoses gommeuses et la lèpre). L. CHATELLIER.

Archives médicales belges (Bruxelles).

Recherches systématiques sur l'emploi des vitamines par voie externe, par M. RINNÉ. *Archives médicales belges*, année 88, n° 3, mars 1935, pp. 37-47.

Les huiles d'arachide, d'olive et surtout de foie de morue sont actives, mais les vitamines le sont encore plus : la vitamine A est surtout antiphlogistique, mais c'est surtout la vitamine D qui paraît avoir le plus d'action sur la cicatrisation des plaies suppurantes chroniques.

A. BOCAGE.

Bruxelles Médical.

A propos de nouvelles recherches sur les risques de la chrysothérapie et les moyens de les prévenir, par H. Mollard. *Bruxelles Médical*, année **15**, nº 32, juin 1935, p. 873.

M. passe en revue les différents accidents de la chrysothérapie qui ne lui semblent pas aussi fréquents qu'on l'a écrit, à condition d'exercer une surveillance continue du malade. Une autre condition capitale est la très lente absorption du produit. La suspension huileuse est un premier frein ralentisseur, l'insolubilité qui ne comporte aucun risque tardif est le second. Ces deux conditions permettent de supprimer à peu près complètement les dangers vrais de la chrysothérapie.

H. Rabeau.

Actas dermo-sifiliograficas (Madrid).

A propos du traitement intensif de la syphilis par la cure de saturation salvarsanique (A proposito del tratamiento intensivo de la sifilis con la cura de saturacion salvarsanica), par H. Th. Schreus. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **27**, nº 8, mai 1935, p. 843.

Les recherches de l'auteur l'ont conduit aux conclusions suivantes :

La cure de saturation salvarsanique constitue une méthode de traitement qui, à tous les stades de la syphilis, permet de réaliser la meilleure action thérapeutique sur le processus actif de la maladie. On peut avec elle obtenir la guérison de l'infection. Elle ne présente aucun danger particulier. Elle est réalisable dans tous les cas où l'on peut employer le traitement salvarsanique.

H. Th. S. l'utilise chez tous les malades présentant un processus syphilitique actif.

La combinaison de cette méthode avec des injections pyrétogènes peut renforcer son action, surtout dans la paralysie générale progressive. Presque toutes les infections guérissent après un traitement de saturation. Avec deux traitements, le succès thérapeutique est voisin de 100 o/o.

J. Margarot.

Sur quelques recherches et conceptions récentes en sérologie (Sobre algunas investigaciones y conceptos recientes en serologia), par D. Th. Schreus. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **27**, nº 8, mai 1935, p. 858.

L'auteur démontre l'utilité de la méthode de Schreus et Fœrster (*réaction de Wassermann sensibilisée spécifiquement*). Sa valeur se fonde sur les résultats obtenus avec des sérums ayant donné des réactions faiblement positives ou négatives par d'autres techniques. Les résultats non spécifiques ne s'observent que dans la proportion de 1 o/o.

Diverses recherches semblent établir une différence entre les substances qui déterminent la fixation du complément et celles qui produisent la floculation. La fixation du complément paraît en relation

beaucoup plus étroite avec l'évolution clinique active de la maladie, quelle que puisse être la spécificité des anticorps donnant les unes ou les autres réactions.

En présence d'une syphilis ancienne donnant un Wassermann négatif, une réaction de floculation positive, mais ne s'accompagnant d'aucune augmentation de la réaction de Wassermann-Schreus, la tendance actuelle de l'auteur est d'admettre qu'il ne s'agit pas d'un processus actif et qu'il n'y a pas lieu, pour le moment, de soumettre le malade à un traitement. J. Margarot.

Le métabolisme des pigments hématiques (El metabolismo de los pigmentos hematicos), par D. Th. Schreus. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **27**, n° 8, mai 1935, p. 858, 9 fig.

L'auteur étudie le métabolisme des pigments hématiques et biliaires. Il établit la succession hémoglobine, protoporphyrine, bilirubine d'une part et protoporphyrine, coproporphyrine, uroporphyrine d'autre part.

La majorité des malades étudiés éliminent une copro et une uroporphyrine I, tandis que quelques-uns seulement éliminent une coproporphyrine III. Or, cette dernière seule paraît se rattacher à la désintégration des pigments hématiques. Les premières semblent en rapport avec des processus infectieux et plus spécialement avec une pullulation de levures.

L'auteur base sur cette notion une nouvelle classification des porphyrinuries. Il distingue :

I. — *La porphyrinurie primitive*, caractérisée par l'élimination de porphyrines du type étioporphyrine I et comprenant la *porphyrinurie congénitale* (Maladie de Günther) et la *porphyrinurie accidentelle* (acquise).

II. — *La porphyrinurie secondaire*, en rapport avec l'élimination de porphyrines du type étioporphyrine III et réunissant la *porphyrinurie physiologique*, certains cas de *porphyrinurie congénitale* ou *accidentelle* (par anémie, intoxication, troubles sanguins) ainsi que les *porphyrinuries liées aux maladies du foie*.

Dans un très grand nombre d'affections d'apparence très diverse, on peut trouver un complexe symptomatique sur lequel l'auteur fonde le concept de *porphyrinopathie*. Ces symptômes sont les suivants :

1° *Appareil gastro-intestinal*. — Coliques, alternatives de constipation et de diarrhée, spasmes ne cédant pas à l'atropine.

2° *Système vasculaire*. — Contraction des capillaires, artério-sclérose.

3° *Appareil uro-génital*. — Oligurie, urine ayant une couleur de porphyrine ou fonçant quand on la conserve.

4° *Système nerveux*. — Névrites, paralysie de Landry, symptômes neurasthéniques et neuropathiques.

5° *Peau*. — Hypersensibilité à la lumière et tendance à la formation de vésicules à l'occasion de traumatismes, comme dans l'épidermolyse bulleuse héréditaire.

6° *Articulations.* — Arthrites déformantes.

Ces diverses manifestations existent le plus souvent d'une manière incomplète, donnant lieu à des formes variables, mais, quel qu'il soit, leur groupement est facilement reconnaissable.

J. Margarot.

Carcinomatose cutanée métastatique consécutive à une maladie de Krükenberg (Carcinomatosis cutanea metastatica consecutiva a la enfermedad de Krukenberg), par S. Noguer-More. *Actas dermo-sifiliograficas*, année **27**, n° 8, mai 1935, p. 894.

La carcinomatose cutanée métastatique de la maladie de Krükenberg présente des caractéristiques cliniques et histologiques si précises qu'elles permettent, non seulement de soupçonner l'existence d'une tumeur primitive occulte, mais de déterminer avec certitude l'organe ou les organes initialement affectés.

Le malade observé par N. M. présentait depuis un an de la dépression et des troubles digestifs avec vomissements se produisant un quart d'heure après l'ingestion des aliments. Six mois avant la date de l'examen ont apparu de petites tumeurs cutanées occupant la face, le cou et surtout la poitrine. On trouve quelques éléments sur l'épigastre et les régions hypogastriques. Les membres sont indemnes.

Ce sont de petites saillies arrondies, du volume d'une lentille à celui d'une petite amande, de coloration rose pâle ou rouge sombre avec un aspect lilacé sous un éclairage oblique. Sur le cou, leur teinte jaune grisâtre rappelle celle des lépromes.

En distendant légèrement la peau entre deux doigts de façon à produire une ischémie modérée, on observe une coloration rose pâle jaunâtre sur la surface de l'élément et rouge vif à la périphérie. Cet aspect, ainsi que la teinte lilacée des éléments examinés sur la peau non distendue, sont presque pathognomoniques.

Les petites tumeurs ne présentent pas le phénomène de la peau d'orange. La palpation donne une résistance globale avec une certaine dureté chondroïde, comme s'il existait un nodule central cartilagineux.

L'examen histologique, pratiqué par Roca de Vinyals, met en évidence des cellules cancéreuses d'origine glandulaire, chargées de leurs produits de sécrétion muqueuse, de cellules mucipares colorées en rouge vif par le mucicarmin et démontre l'existence d'une tumeur primitive de l'estomac ainsi que d'une tumeur secondaire de l'ovaire (tumeur de Krükenberg).

J. Margarot.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Traitement des verrues (Tratamiento de las verrugas), par C. L. Etchevarre. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, année **11**, n° 115, mai 1935, p. 505.

L'auteur préfère à la technique d'Aurégan la destruction des saillies

cornées par la diathermo-coagulation après anesthésie à la novocaïne-adrénaline. J. Margarot.

Contribution à l'étude des troubles circulatoires des extrémités (Contribución al estudio de los trastornes circulatorios de las extremitades), par J. Sanz Royo. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, année **11**, nº 116, mai 1935, p. 508.

On trouve fréquemment chez les sujets variqueux, des foyers d'infection plus ou moins latents (angines à répétition, infection puerpérale ancienne, érysipèle, etc.). Ces données cliniques, d'une grande valeur étiologique, sont suffisamment éloquentes pour attirer l'attention. Il reste à vérifier le bien-fondé de l'hypothèse infectieuse par les diverses épreuves expérimentales. J. Margarot.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Diabète insipide au cours d'une lymphogranulomatose de Schaumann (Diabetes insipidus as a symptom of Schaumann's disease), par Tillgren. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, nº 560, juin 1935, p. 223, 3 fig.

Il s'agit d'un homme de 42 ans, agriculteur, dont la maladie a débuté par de la polydipsie. Ultérieurement apparaissaient une adénopathie cervicale, puis une tuméfaction livide du nez et des déformations des doigts.

Le diagnostic de lymphogranulomatose bénigne de Schaumann fut confirmé par l'examen histologique des amygdales qui révélait une structure tuberculoïde avec prédominance de cellules épithélioïdes. La formule sanguine était caractérisée par une augmentation des gros mononucléaires (14 o/o). Les intradermo-réactions à la tuberculine étaient négatives.

La polydipsie et la polyurie de ce malade devaient faire suspecter l'existence de lésions lymphogranulomateuses de l'hypophyse, mais la radiographie ne montra aucune déformation de la selle turcique. Cette hypothèse ne fut confirmée qu'à l'autopsie : l'examen histologique de l'hypophyse montra la présence de nombreux foyers tuberculoïdes avec quelques cellules géantes, pas de nécrose et une faible réaction lymphocytaire.

La maladie de Schaumann, comme la maladie de Hodgkin, est donc une affection généralisée du système hématopoïétique pouvant s'accompagner accidentellement de localisations diverses : à la peau (*lupus pernio*, sarcoïdes), aux glandes salivaires, aux muscles, aux yeux, à l'hypophyse. S. Fernet.

Il Dermosifilografo (Turin).

Le métabolisme du calcium chez les syphilitiques, par Umberto GRANELLI. *Il Dermosifilografo,* année **10**, no 6, juin 1935, p. 369. Bibliographie.

Bien que le métabolisme du calcium ait, dans ces dernières années, suscité de nombreux travaux, les résultats obtenus ont été tellement discordants que l'on ne peut en titer aucune conclusion. Pour G., cet insuccès tient à deux causes : 1° parce que les recherches ont porté surtout sur la calcémie, qui est une méthode unilatérale ; 2° parce que l'on a utilisé pour le dosage, des micro-méthodes, trop sujettes à des erreurs. L'auteur a entrepris des recherches pour lesquelles il s'est placé à un autre point de vue, c'est-à-dire qu'il a déterminé la quantité de calcium *retenue* dans l'organisme.

Les malades en observation étaient soumis à un repas d'épreuve : du lait et du pain, dont il était facile de connaître la teneur en calcium, de sorte que l'on pouvait calculer exactement la quantité de calcium ingéré, et l'analyse, portant sur une quantité de matériel suffisante, risquait moins d'être entachée d'erreur. Ensuite, le calcium était dosé dans les fèces et dans l'urine, avec toutes les précautions techniques, qui ne peuvent être rapportées, destinées à éviter le plus possible les erreurs.

Ces recherches ont porté sur 4 sujets normaux, comme contrôles, et sur 23 sujets atteints de syphilis aux différentes étapes. G. rapporte le détail de ces expériences, qui ont montré nettement que l'organisme du luétique retient une quantité de calcium sensiblement supérieure à celle retenue dans l'organisme sain.

Chez les 23 malades étudiés, le taux de calcium retenu a toujours été supérieur à 1 gr. 12, alors qu'il varie de 0 gr. 63 à 0 gr. 44 chez les sujets normaux. Cette rétention est accentuée surtout à la période secondaire, où l'on observe en outre une élimination plus forte par les urines, par rapport à l'élimination par les fèces. Dans la syphilis tertiaire et nerveuse, la rétention du calcium est moins forte, mais toujours au moins double de celle du sujet normal. Le traitement tend à abaisser la rétention du calcium, mais sans le faire revenir cependant au taux normal, même en cas de traitement prolongé.

G. développe ensuite des considérations sur le métabolisme du calcium et les facteurs qui peuvent l'influencer. Le taux du calcium ne dépend pas seulement des quantités introduites, mais de l'équilibre du régime ; ainsi, pour une bonne assimilation, il faut que 100 grammes de protides soient associés à chaque gramme de calcium. Le métabolisme du calcium est influencé en outre par les radiations, par les vitamines, par les glandes endocrines et l'auteur discute les rôles respectifs de ces dernières. Il conclut que le métabolisme du calcium est troublé chez le syphilitique vraisemblablement par suite du déséquilibre endocrinien causé par l'infection luétique. BELGODERE.

Recherches sur les modifications du tissu élastique de la peau dans la lèpre, par Giacomo Serra. *Il Dermosifilografo*, année **10,** n° 6, juin 1935, p. 385, 6 fig. Bibliographie.

Le comportement du tissu élastique dans les diverses formes de tuberculose cutanée a fait l'objet de nombreuses études. Plus rares sont les travaux effectués sur le même sujet à propos de la lèpre. Cette question présente cependant un certain intérêt, non seulement au point de vue de l'étude de la lèpre elle-même, mais aussi par les comparaisons qu'elle permet entre deux affections de nature granulomateuse.

Après avoir rapidement passé en revue les quelques travaux antérieurs, S. expose les résultats de ses recherches personnelles, qui ont consisté dans des examens histologiques de nombreuses biopsies pratiquées sur une dizaine de malades lépreux.

S. décrit les caractères histologiques qu'il a observés dans les diverses variétés de lépromes, suivant leur siège et leurs dimensions. Il est difficile de donner un résumé de ces descriptions histologiques ; disons donc simplement que, d'une manière générale, les altérations du tissu élastique que S. a pu constater consistent surtout dans un tassement des fibres à la périphérie du nodule lépreux, et, quelquefois, ces fibres sont altérées, fragmentées, ont perdu leurs affinités tinctoriales ; mais, dans la portion compacte du granulome, il n'est pas possible de constater la moindre trace d'éléments élastiques. Deux cas cependant firent exception à cette règle : l'un concernait une femme atteinte de lèpre mixte, dont les granulomes lépreux contenaient de nombreuses cellules géantes du type Langhans, et dans quelques-unes de ces cellules, put être mise en évidence la présence de fragments de fibres élastiques, en proie à des phénomènes dégénératifs. L'autre cas concernait un homme atteint de lèpre tubéreuse et maculeuse ; les granulomes lépreux, là aussi, étaient abondamment pourvus de cellules géantes, dans l'intérieur desquelles on observait des formations radiées, des corps astéroïdes, ayant les réactions tinctoriales de l'élastine.

Quel est le mécanisme pathogénique des altérations ci-dessus rapportées du tissu élastique ? S. pense qu'il s'agit uniquement d'une action mécanique, d'une compression ; quand son action s'accentue et se prolonge, elle peut entraîner des phénomènes de dégénérescence ; c'est uniquement à cette compression, à ce tassement qu'est due l'abondance périphérique des fibres élastiques et non à un processus élastogène élaboré par les cellules du granulome. La présence d'éléments élastiques à siège intracellulaire, qui laisserait supposer une action destructive des éléments du granulome, est exceptionnelle dans la lèpre et S. n'a rencontré à ce propos que les deux exceptions ci-dessus signalées.

Pour le premier cas, il pense devoir l'expliquer par une action phagocytaire des cellules géantes. Pour le second, l'élastine qui formait les corps astéroïdes avait plutôt les caractères tinctoriaux des éléments élastiques jeunes ; il ne s'agissait donc pas d'inclusions de résidus de

tissu élastique dégénéré. Diverses hypothèses ont été proposées pour expliquer ces faits. Pour S., la plus vraisemblable est celle qui considère ces corps astéroïdes comme un produit de sécrétion de la cellule géante elle-même. Or, comme il est admis que l'élastogenèse est une fonction de cellules spéciales du tissu conjonctif, il est possible que les cellules géantes observées dans les nodules lépreux soient précisément dérivées de ces éléments élastoformateurs, qui auraient subi de profondes altérations par suite des conditions spéciales dans lesquelles ils se trouvent dans la lésion lépreuse, et ainsi se trouverait en outre démontrée l'origine des cellules géantes des éléments fixes du tissu conjonctif.

Si maintenant on veut faire une comparaison entre le comportement du granulome lépreux et du granulome tuberculeux, vis-à-vis du tissu élastique, on peut dire que, dans le premier cas, les altérations sont surtout de nature *mécanique*, consistant dans un tassement initial, entraînant une dégénérescence secondaire, par compression. Dans la tuberculose, au contraire, ce qui domine, ce sont les phénomènes *destructifs*, comme le démontre bien la présence de débris de fibres élastiques gravement altérés dans l'intérieur même du granulome, la plupart incorporés dans les cellules géantes ; et même, à la périphérie du nodule tuberculeux, le tissu conjonctif se montre pauvre en fibres élastiques au lieu de présenter un tassement de ces fibres comme on le voit dans la lèpre ; ce fait semble pouvoir être attribué à une altération du trophisme qui agirait, soit en entraînant la perte des affinités tinctoriales, soit un arrêt dans la production de ces éléments élastiques.

Mais, en réalité, aucune des altérations constatées des fibres élastiques soit dans la lèpre soit dans la tuberculose n'est caractéristique de ces deux maladies ; aussi bien dans la lèpre que dans la tuberculose, les altérations des fibres élastiques varient considérablement suivant le siège, le degré d'évolution et le caractère histologique des granulomes.

Belgodere.

Le dispensaire vénéréologique de l'hôpital S. Gallicano à Rome pendant la décade 1925-1935, par Pier Angelo Meineri. *Il Dermosifilografo*, année **10**, n° 6, juin 1935, p. 411.

Ce Dispensaire offre une grande activité, dont le chiffre de 9.638 malades vénériens traités en 1934 permet l'appréciation, avec un chiffre de 247.239 présences pour traitement, soit une moyenne de 25 par malade, ce qui permet d'évaluer l'activité thérapeutique et prophylactique de l'établissement.

M. donne ses statistiques, accompagnées de graphiques, pour lesquels il a adopté une méthode intéressante : il donne deux courbes juxtaposées, celle des chiffres absolus et celle des chiffres relatifs, c'est-à-dire du pourcentage du nombre de chaque catégorie de malades par rapport au chiffre total ; et les deux courbes ne coïncident pas toujours, car les chiffres absolus sont sujets à des variations indépendantes de la pro-

portion réelle des malades, sous l'influence de causes diverses, par exemple d'ordre économique.

Par ces statistiques et des courbes, on démontre comme partout ailleurs une diminution considérable du *chancre mou*, diminution qui ne semble pas pouvoir s'expliquer uniquement par les progrès thérapeutiques et prophylactiques, mais aussi sans doute interviennent des causes mystérieuses et inconnues qui règlent l'évolution historique des maladies.

Pour la *syphilis*, on note, comme ailleurs aussi, pour ce qui concerne la syphilis récente, une diminution en 1927-1928, suivie d'une réascension ; mais la comparaison des chiffres absolus et des chiffres relatifs montre que la réascension n'est pas aussi accentuée qu'elle pourrait paraître de prime abord ; en réalité, la proportion actuelle est inférieure à celle de 1925. La syphilis tardive est en augmentation, ce qui correspond sans doute à l'augmentation des syphilis nouvelles il y a dix ans. Pour la même raison aussi sans doute, les chiffres sont en augmentation pour la syphilis congénitale.

Pour la *blennorragie*, les résultats sont moins satisfaisants, en raison de l'absence de traitement vraiment spécifique ; les malades du Dispensaire sont traités par la méthode de Janet, que M. considère comme la plus efficace. Le nombre des blennorragiques aigus récents est passé en 10 ans de 297 à 1.499, tandis que les chiffres des aigus non récents et des chroniques demeurent à peu près stationnaires. Cette constatation est satisfaisante, car elle révèle la tendance des malades à se faire traiter plus précocement, c'est-à-dire dans les meilleures conditions au point de vue de l'efficacité thérapeutique et prophylactique.

BELGODERE.

Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii (Moscou).

La comparaison des résultats des séro-réactions de Bordet-Wassermann, de Sachs-Georgi et de Kahn, par I. I. ACHMARINE. *Sovietsky Vestnik Venerologii i Dermatologii*, no 8, 1934, pp. 737-739.

L'auteur a pratiqué parallèlement les séro-réactions de Bordet-Wassermann, de Sachs-Georgi et de Kahn sur 1.171 sérums appartenant non seulement à des syphilitiques traités et non traités, mais aussi à des personnes qui étaient indemnes de syphilis.

Toutes les 3 réactions ont fourni des résultats identiques dans 1.057 cas (90,26 o/o) et des résultats discordants dans 114 cas (9,74 o/o). La concordance du Bordet-Wassermann avec le Sachs-Georgi a été enregistrée dans 1.083 cas (92,4 o/o), avec le Kahn dans 1.092 cas (93,25 o/o). On constate donc que la réaction de Kahn est plus sensible que celle de Sachs-Georgi et se rapproche davantage de la réaction de Bordet-Wassermann.

BERMANN.

Le rôle du néosalvarsan dans l'apparition de la syphilis du système nerveux, par A. P. Jordan et W. P. Mémorsky. *Sovietskaïa Clinica*, t. **20**, nos 7 8, 1934, pp. 968-974.

Se basant sur les données bibliographiques, les auteurs essaient d'éclairer le rôle du néosalvarsan dans l'étiologie de la neuro-syphilis, car certains observateurs ont souligné que la fréquence de la syphilis nerveuse a augmenté depuis l'introduction du néo, tandis que d'autres ont montré son innocuité.

Les données personnelles des auteurs sont basées sur l'analyse des observations de 460 malades qui ont consulté au cours d'une période de 20 ans (1914-1934) et dont la syphilis remontait à 10-15 ans. Le sort de ces malades se présente ainsi : guérison totale dans 46 o/o des cas, neuro-syphilis dans 23 o/o, autres accidents tardifs dans 21,9 o/o et Bordet-Wassermann positif tenace dans 9,1 o/o.

Parmi les 70 malades absolument non soignés, pas une seule guérison n'est à noter. Le tabès *dorsalis* a été noté dans 11 cas, la paralysie générale dans 3 cas, la syphilis cérébrale dans 7 cas ; les autres cas avaient des accidents tertiaires, viscéraux et vasculo-cardiaques. Le pourcentage de la neuro-syphilis est ici de 30 o/o.

Parmi les 227 malades qui n'ont fait qu'un traitement mercuriel, on note 44,9 o/o de guérisons, 21,6 o/o de syphilis nerveuse, 22,1 o/o de manifestations tardives variées et 11,4 o/o de séro-réactions positives.

Sur les 154 malades ayant subi des traitements arséno-mercuriels, on trouve 69,1 o/o de guérisons, 17,5 o/o de neuro-syphilis, 10,3 o/o d'accidents tardifs divers et 3,1 o/o de séro-réactions positives.

Sur les 5 malades soignés par le néo et le bismuth, on ne constate que des guérisons. Les statistiques des auteurs prouvent que c'est avec les traitements mercuriels seuls que la syphilis nerveuse est la plus fréquente (13,7 o/o de tabès et 3,7 o/o de paralysie progressive) ; en deuxième lieu, viennent les malades non traités du tout (8,5 o/o de tabès et 2,8 o/o de paralysie générale) ; en dernier lieu se voient les malades soignés au néo et à l'hydrargyre (7 o/o de tabès et 1,3 o/o de paralysie progressive). Le mercure seul est donc plus nuisible que l'absence de traitement, par rapport à la neuro-syphilis.

Quant au néo, en dépit des quelques cas rares d'idiosyncrasie, c'est un médicament utile et puissant envers les spirochètes pâles, qui n'a pas d'action nocive et qui ne contribue pas à l'éclosion des manifestations de la syphilis nerveuse. Bermann.

Bőrgyógyászati, Urologiai Es Venerologiai Szemle. (*Budapest*).

Hémosidérose réticulaire progressive du type Schamberg. Données étiologiques, par le Dr Joseph Sellei. *Bőrgyógyászati, Urologiai Es Venerologiai Szemle*, année **13**, n° 5, mai 1935, pp. 76-78.

Après avoir rappelé les quatre formes cliniques principales de l'hémo-

sidérose progressive, S. rapporte l'observation d'un de ses malades, ancien syphilitique. S. insiste sur ce fait que, dans l'hémosidérose, la dyschromie a une importance première, l'hémorragie n'est que secondaire, à l'inverse des diathèses hémorragiques. Il considère ce cas d'hémosidérose du type Schamberg comme une dysfermentose, affection ayant pour cause l'insuffisance fonctionnelle qualitative ou quantitative d'un organe à sécrétion externe, et notamment ici celle du foie et du pancréas, et apparaissant sur un autre organe, la peau dans le cas présent. Dans ces affections, les préparations diastasiques sont à employer.

Balasffy-Blasko.

Deux cas de mélanose de la muqueuse buccale, par le Dr Eugène Szanto. *Börgyógyászati, Urologiai Es Venerologiai Szemle*, année **13**, n° 5, mai 1935, pp. 79-80.

Observation de deux cas de pigmentation siégeant sur la muqueuse buccale, vue chez des individus plus âgés et n'ayant pas d'affection interne importante ; cas analogues à ceux publiés par Magendantz, Bonnet et Lebeuf, puis Sézary, Comte et Horowitz. Les deux malades étaient des tuberculeux chroniques, mais aucun rapport n'a pu être constaté entre la tuberculose et la pigmentation. Ces cas doivent être considérés comme une conséquence physiologique de la sénilité.

Balasffy-Blasko.

Magyar Orvosi Archivum (Budapest).

Tuberculose cutanée hématogène déterminée expérimentalement et se développant sur un terrain en inflammation allergique, par le Dr Paul Engel. *Magyar Orvosi Archivum*, année **35**, n° 2, 1935, pp. 136 139.

La bacillémie chronique doit, dans certains cas de tuberculose cutanée, être admise ; certes, ce fait ne résout pas le problème de la pathogenèse des tuberculoses cutanées hématogènes, mais fait ressortir l'importance des examens expérimentaux effectués dans ce sens.

L'influence d'une lésion traumatique cutanée sur la localisation des bacilles tuberculeux dans la peau a été étudiée par de nombreux auteurs (Lewandowsky, Jadassohn, Merkin et Valy). Dans ses investigations, l'auteur remplace le facteur traumatique par une inflammation artificielle et notamment par une réaction allergique (phénomène d'Arthus), laquelle pourrait, en cas d'infection bacillaire généralisée, influencer la localisation des bacilles tuberculeux dans la peau.

Dans ce but, E. sensibilisa 32 lapins avec du sérum de cheval. A six jours d'intervalle, les lapins reçurent successivement 5 centimètres cubes, 3 centimètres cubes et 1 cm^3 1/2 de sérum par voie sous-cutanée. Après avoir provoqué ainsi le phénomène d'Arthus, l'auteur infecta les lapins avec une souche de bacille tuberculeux humain et ceci par inoculation du milieu de culture dans la veine marginale de l'oreille.

Vingt-quatre heures après l'inoculation, la réaction allergique attei-

gnant son point culminant, un prélèvement fut pratiqué à cet endroit. Le fragment cutané prélevé fut divisé en de petits morceaux ; inséré en partie sous la peau d'un cobaye et ensemencé en partie sur un milieu de Petregnani. Ceci pour chaque lapin qui présenta la réaction allergique caractéristique (8 lapins seulement). Les fragments prélevés à distance du territoire enflammé, en vue du contrôle, furent préparés de la même façon.

Trois mois passés, le prélèvement fut répété. Le prélèvement ne fut expérimenté que par insertion sous la peau du cobaye.

Au premier prélèvement, au moment de la plus forte réaction allergique, l'inoculation au cobaye se montra positive dans chaque cas, sauf un. La recherche du bacille de Koch dans les milieux de culture ne donna de résultat positif que dans deux cas.

Après la régression du phénomène d'Arthus, on vit, sur 4 lapins, à l'endroit de celui-ci, des lésions cutanées se développer. Trois mois après l'infection, au second prélèvement, les inoculations au cobaye avaient montré l'existence du bacille tuberculeux, provenant des lésions développées à la suite du phénomène d'Arthus. Chez les autres animaux qui ne présentèrent pas de lésion après la disparition du phénomène d'Arthus, le deuxième prélèvement ne transmit pas de germe au cobaye.

E. conclut que le phénomène d'Arthus, provoqué sur la peau des lapins, est capable, en cas de bacillémie, d'y déterminer la localisation des bacilles de Koch et qu'une infection par voie intraveineuse peut engendrer une tuberculose cutanée hématogène.

Balasffy-Blasko.

Modification précarcinomateuse du tissu conjonctif de la peau, par Louis Puhr. *Magyar Orvosi Archivum*, année **35**, nº 3, 1935, pp. 163-168.

Dans le voisinage des carcinomes cutanés, l'appareil élastique souscutané subit des modifications spéciales. Ces modifications consistent en un gonflement des fibres élastiques, augmentation de leur affinité pour l'orcéine et apparition, sous l'épiderme, de pelotons de fibres confluents et circonscrits. La substance des fibres est l'élastine. La présence de l'élacine n'est pas constante et surtout n'est pas caractéristique. Les fibres collagènes ne présentent pas de modification notable. Pour l'interprétation de ce changement, l'âge avancé, la lumière, le climat ne suffisent pas seuls, des facteurs exogènes et endogènes doivent intervenir, voire l'agent cancérigène. Les modifications seront rangées parmi les précarcinomatoses dysharmoniques. De semblables phénomènes se trouvent encore dans d'autres parties de l'organisme, comme dans le sein, les organes génitaux de la femme et les vaisseaux. On constate une grande analogie entre ces phénomènes et les modifications athéroscérotiques des vaisseaux. Balasffy-Blasko.

Bulletins de la Société Turque de Médecine (Stamboul).

Aleucie hémorragique et agranulocytose, par Arif Ismet AKMAN. *Bulletins de la Société Turque de Médecine*, n° 7, 1935, pp. 377-396 et 402.

I. — Le premier cas, une aleucie hémorragique de Frank typique, a été observé chez un pâtissier âgé de 20 ans, sans antécédents importants. Depuis une vingtaine de jours, saignements du nez et des gencives, de la fièvre à 38°5, des céphalées, tension artérielle 7/11.

Sang : globules rouges, 1.570.000 ; globules blancs, 3.200 ; hémoglobine, 42 (Poly, 41,5 ; jung, 0, stab., 15,2, segm., 26,3, éosin., 0 ; lymph. 47,5 ; mono., 11 ; myéloc., 0 ; plaquette, 0). Temps de saignement, 6 minutes, coagulation commencée au bout d'une 1/2 heure ; pas de rétraction du caillot après 4 heures ; sédimentation, 76 en 1 heure. Wassermann et Kahn négatifs. Anisocytose, poïkilocytose, pas de globules nucléés. Sur lame, les leucocytes et les thrombocytes sont rares.

Malgré tout traitement : gélatine, injections de lait, d'adrénaline, de claudène, de calcium ainsi que 4 transfusions sanguines, les hémorragies persistent, les globules rouges descendent jusqu'à 380.000, les globules blancs à 750 et la mort survient au bout d'un mois.

A l'autopsie, la moelle osseuse du fémur est jaune et graisseuse, aucune trace de moelle rouge ; on ne note aucun processus inflammatoire au niveau des amygdales ni du tube digestif.

II. — Le second cas concerne une agranulocytose sans aplasie médullaire observée chez un officier âgé de 46 ans. Le malade se traîne depuis une quinzaine de jours avec des accès de fièvre vespérale allant jusqu'à 38°-40°. Widal négatif, pas de plasmodies dans le sang, angine bilatérale, pyorrhée alvéolaire, l'examen radiographique des dents décèle des granulomes ; la culture des racines enlevées révèle la présence de staphylocoques hémolytiques et de bacilles pyocyaniques. La culture du sang reste stérile.

Sang : globules rouges, 2.500.000 ; globules blancs (Poly., 46 ; lympho., 86 ; mono., 5). Le traitement par des injections de propidon et de lait ainsi que la radiothérapie des os longs amènent une prompte guérison. A cette occasion, l'auteur relate le progrès réalisé ces dernières années dans le traitement des agranulocytoses, par les injections intraveineuses de Pentose-nucleotid.

R. ABIMÉLEK (Stamboul).

Istanbul Seririyati (Stamboul).

Tabès avec hémispasme facial douloureux (syndrome bulbaire rétro-olivaire), par GRIGOSCU et BRUCH. *Istanbul Seririyati*, n° 8, 1935, pp. 196-199.

Tabétique âgée de 50 ans, présentant des algies faciales paroxystiques avec des myoclonies des muscles de la mastication, de la langue et du

voile du palais, accompagnée de syndromes végétatifs ; hypersécrétion des larmes, bradycardie et hypertension artérielle.

Les auteurs croient avoir affaire à un processus inflammatoire méningo-bulbaire de nature syphilitique. A remarquer l'influence favorable du traitement spécifique.

R. Abimélek (Stamboul).

A propos des septicémies consécutives à des angines, par Haydar Ibrahim Aydar. *Istanbul Seririyati*, nº 8, 1935, pp. 199-201.

Quelques considérations sur la pathogénie et sur le traitement de cette grave complication.

R. Abimélek (Stamboul).

Poliklinic (Stamboul).

Les perturbations du liquide céphalo-rachidien et le rôle des glandes à sécrétion interne dans la pelade, par Selim Sabri. *Poliklinic*, nos 12-34, 1935, pp. 363-367.

L'examen du liquide céphalo-rachidien de 18 malades atteints de pelade a donné le résultat suivant : taux de l'albumine, normal ; Wassermann et Meinicke, négatifs chez tous.

Quant à la réaction de Weichbrodt, celle-ci était fortement positive chez 7 malades, faiblement positive chez 3 autres et chez les 8 restants négative. A noter que tous ces 18 malades ne montraient pas la moindre manifestation clinique de syphilis acquise ou héréditaire.

D'autre part, l'auteur envisage dans la pelade le rôle joué par les glandes endocrines. Au cours de ses recherches interférométriques, il a constaté chez plusieurs de ses malades une hypothymie très nette. Aussi le traitement de ces malades par l'extrait thymique lui a-t-il donné le meilleur résultat.

L'auteur termine son étude en donnant le résumé de 7 observations intéressantes.

R. Abimélek (Stamboul).

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD

TRAVAUX ORIGINAUX



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TESTS CUTANÉS

L'HYPERSENSIBILITÉ CUTANÉE DU COBAYE AU NOVARSÉNOBENZOL

Par MM. A. SÉZARY, L. CHWATT et Georges LÉVY

L'étude expérimentale de l'hypersensibilité cutanée du cobaye au novarsénobenzol intéresse à la fois le syphiligraphe et le dermatologiste. Le premier peut y chercher des réactions analogues à celles qui constituent l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse de l'homme. Le second peut en retirer des renseignements sur les tests cutanés. Le biologiste peut également en tirer profit, car il s'agit d'une sensibilisation à un antigène non protéique, question à l'ordre du jour actuellement.

Les premiers résultats obtenus par Frei en 1928 (1) nous ont fait espérer que les recherches sur ce sujet seraient fécondes. C'est ce qui nous a encouragés à reprendre la question.

Frei, après avoir constaté que, chez des sujets non syphilitiques, des intradermo-réactions au novarsénobenzol pouvaient donner des papules inflammatoires (les résultats seraient négatifs chez les syphilitiques), a tenté de reproduire ces faits chez le cobaye. Chez 16 ou 20 o/o de ces animaux selon les séries, il a obtenu les mêmes réactions et plus tard il a pu réactiver ces lésions sous l'influence d'injections intraveineuses arsénobenzoliques. Ces données nous ont paru trop intéressantes pour que nous n'ayons pas tenté de les vérifier et d'en pousser davantage l'étude.

Nous avons opéré sur trois lots de cobayes, en modifiant chaque fois nos conditions d'expérience. Les résultats que nous avons obtenus sont d'une netteté indiscutable. Ils confirment ceux de Frei

(1) Frei. *Klinische Wochenschrift*, 1928.

et les complètent sur certains points. Nous les exposerons tout d'abord, puis nous tenterons de les interpréter et d'en montrer l'intérêt clinique ou biologique.

*
* *

Technique

Avant tout nous exposerons notre technique.

Il a été fait chez nos cobayes des injections intradermiques et intraveineuses.

L'inoculation intradermique chez le cobaye n'est pas aisée. Tout d'abord, il faut débarrasser la peau des poils qui la recouvrent. Pour cela, on peut la raser. Mais le rasoir provoque des réactions inflammatoires qui gêneront l'observation, comme nous nous en sommes aperçus dès le début de nos expériences. Mieux vaut épiler : c'est la technique que nous avons suivie après nos inoculations du premier lot d'animaux.

L'injection intradermique d'une goutte de solution chez le cobaye n'est pas facile. Il faut se servir d'une aiguille très fine et très courte et acquérir une certaine expérience. On conçoit que, trop superficielle, cette injection puisse donner des lésions nécrotiques d'ordre mécanique et, trop profonde, n'ait pas de valeur expérimentale. Une inoculation bien faite donne une petite boule d'œdème passagère.

Nous avons toujours opéré sur le flanc. Selon nos expériences, nous avons pratiqué une ou trois inoculations dans une aire cutanée épilée, ronde et mesurant de 3 à 5 centimètres de diamètre.

Ces intradermoréactions ont été faites avec une solution de novarsénobenzol à 15 centigrammes pour 100 (on dissout 15 centigrammes dans 10 centimètres cubes d'eau distillée stérile, puis 1 centimètre cube de cette solution est étendu avec 9 centimètres cubes d'eau physiologique stérile). A cette dilution, cette solution ne provoque aucune réaction locale lorsqu'elle est inoculée dans le derme de la majorité des cobayes.

Pour explorer ensuite les animaux par voie intracardiaque, nous avons injecté, pour 100 grammes d'animal, 0 cc. 1 d'une solution de novarsénobenzol à 0 gr. 30 pour 15 centimètres cubes d'eau phy-

siologique. La quantité préconisée par Frei, deux tiers à trois quarts de centimètre cube de cette même solution, nous a paru trop toxique : elle a amené la mort de plusieurs de nos cobayes, ce qui tient peut-être au mode de préparation du produit médicamenteux, qui diffère en France et en Allemagne. La solution est chauffée à 39 degrés, puis aspirée dans la seringue ; on ponctionne le cœur, on aspire un peu de sang qui se mélange à la solution, puis on pousse très lentement l'injection.

*
* *

Résultats expérimentaux

Nos expériences ont porté sur trois lots de cobayes.

I. ***Première série d'expériences.*** — Le premier lot comprenait 12 cobayes, pesant de 350 à 600 grammes, de pelages différents. Nous avons rasé, sur le flanc droit de ces animaux, une surface arrondie large de 4 à 5 centimètres et située dans les régions recouvertes de poils blancs.

Une série d'expériences successives a été faite chez ces animaux.

1° Le lendemain du rasage, sur ces aires dépilées, nous avons fait une intradermoréaction avec 0,1 d'une solution de novarsénobenzol à 0,15 pour 100.

Une réaction érythémateuse à l'endroit de la piqûre s'est produite chez 9 animaux le lendemain de l'injection. Chez 6 d'entre eux, elle n'a pas duré plus d'un jour et, pour cette raison, ne mérite pas d'être retenue. Chez 3 autres, la réaction s'est au contraire accentuée les jours suivants, s'est infiltrée et nécrosée après le quatrième jour. Par prudence, nous ne retiendrons pas ces premiers résultats, car c'étaient nos premiers essais d'intradermoréactions et, à cause de l'intensité de la nécrose, nous nous demandons si les injections n'étaient pas trop superficielles.

Si l'on élimine ces 3 animaux qui firent des lésions nécrotiques immédiates de cause discutable, il nous en restait 9 en observation, dont quelques-uns présentèrent par la suite des réactions très intéressantes.

Deux de ces 9 animaux eurent en effet une réaction tardive, qui survint le sixième jour chez l'un, le septième jour chez l'autre.

Chez eux apparut alors, au point d'injection intradermique, une petite papule rouge, dure, saillante, entourée d'une peau normale. Ce sont de telles papules que Frei avait déjà obtenues et appelées papules de « réinflammation ». Ces papules durèrent trois jours et s'effacèrent sans laisser de trace.

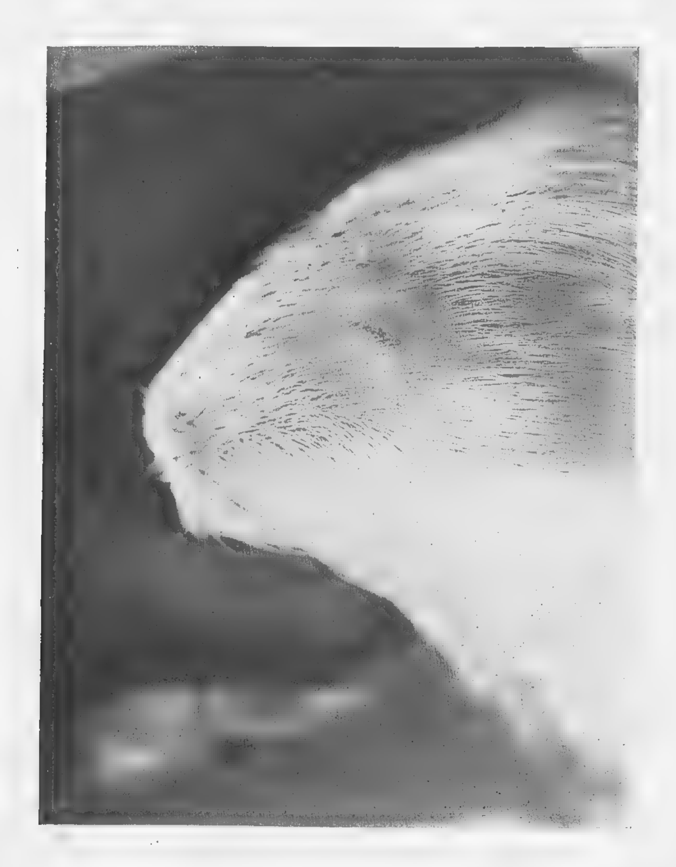


Fig. 1 (Cobaye 38-72). — Papule survenue *huit jours* après l'inoculation intradermique de la solution de novarsénobenzol. Réaction idiosyncrasique.

Un troisième des 9 cobayes eut une petite réaction papuleuse qui disparut en 36 heures.

Les 6 autres animaux n'eurent aucune réaction tardive.

Il est à noter que les 2 cobayes qui réagirent nettement étaient albinos.

Ainsi donc, sur 12 cobayes, 2 possédaient une hypersensibilité innée, c'est-à-dire une *idiosyncrasie*, au novarsénobenzol, caractérisée par une réaction dont l'apparition fut tardive comme celle de la maladie du sérum.

2° Les douzième et treizième jours qui suivirent l'inoculation



Fig. 2 (Même cobaye 38-72). — Papule survenue le lendemain de la seconde injection intradermique de novarsénobenzol. Réaction allergique, plus rapide que la réaction causée par la première inoculation.

dermique, la peau des animaux avait donc repris son état normal.

Nous l'avons de nouveau explorée, en pratiquant une seconde intradermoréaction identique à la première, mais cette fois sur le flanc gauche et après épilation.

a) Nous avons d'abord étudié les 9 animaux de l'expérience antérieure.

Ceux qui n'avaient pas eu précédemment de réaction tardive, ne présentèrent aucune réaction, si ce n'est un léger érythème passager.

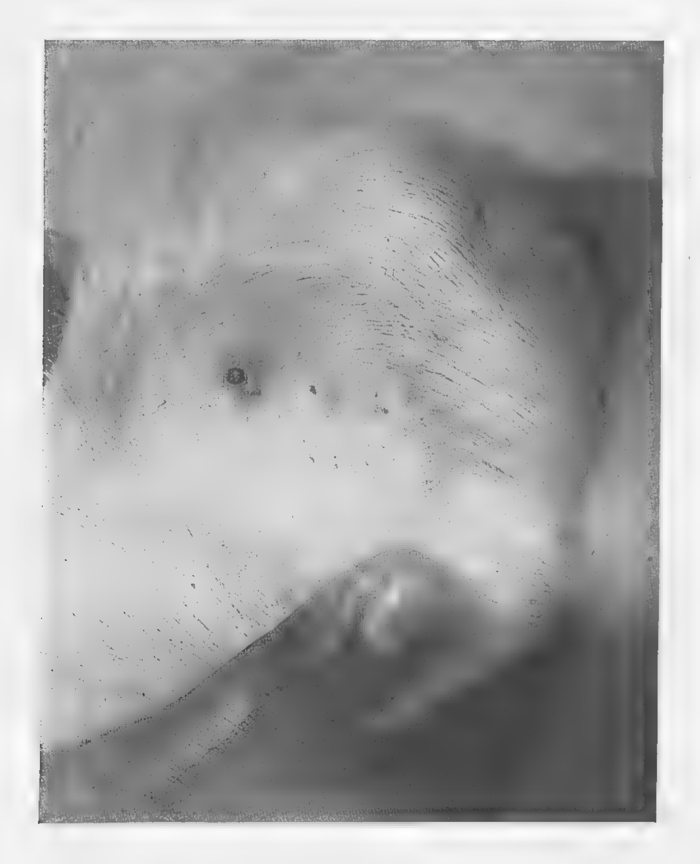


Fig. 3 (Cobaye 38-60). — Vive réactivation sous l'influence d'une seconde inoculation intradermique faite dans le flanc opposé, d'une lésion papulo-nécrotique provoquée antérieurement par une première inoculation intradermique.

Les deux cobayes qui avaient eu la réaction papuleuse tardive eurent cette fois encore une réaction, mais différente de la première,

Tout d'abord, au point de la seconde inoculation, il s'est produit,

dès le lendemain (et non plus au 6e et 7e jour comme précédemment), une réaction papuleuse rappelant la première par ses caractères objectifs, mais un peu moins ferme qu'elle. Il y a donc eu une réaction, mais différente de la précédente par son incubation beaucoup plus brève et son intensité moins forte. On ne peut s'empêcher de reconnaître là les particularités de la réaction vaccinale allergique chez un sujet antérieurement vacciné. Ces papules dues à la seconde inoculation s'effacèrent lentement, l'érythème au quatrième jour, l'infiltration au septième jour.

Mais ce n'est pas tout. En même temps que se produisaient ces réactions locales à gauche, les premières réactions du côté droit, qui avaient disparu, entrèrent en reviviscence : des papules apparurent, en apparence spontanément, à l'endroit même où les premières avaient évolué quelques jours auparavant. Ce phénomène de reviviscence était extrêmement net. Il dura 2 à 3 jours.

Ainsi donc, chez les cobayes dont la peau est sensible au novarsénobenzol, une seconde intradermoréaction provoque non seulement une papule d'incubation plus courte qu'après la première inoculation, mais encore la reviviscence des lésions produites par cette première inoculation.

Ces deux phénomènes, rappelons-le, sont ceux qui caractérisent l'*allergie* (1).

b) Reprenant les 3 cobayes qui avaient eu une réaction nécrotique précoce vis-à-vis du novarsénobenzol, réaction que nous craignions d'avoir été due à une technique défectueuse, nous avons fait chez eux la même épreuve (inoculation au flanc gauche) que chez les 9 autres animaux dont les réactions cutanées au novar nous étaient connues avec certitude.

Chez deux animaux, il ne se produisit rien.

Chez le troisième, il survint une petite papule à l'endroit de la seconde injection. En même temps, la lésion nécrotique première, qui était presque éteinte, subit une poussée inflammatoire très nette.

Nous pouvons donc dire, en comparant ces résultats avec ceux obtenus précédemment, que, sur ces trois cobayes chez lesquels

(1) La recherche de l'éosinophilie sanguine chez les animaux sensibles se montra sans intérêt. Le chiffre des éosinophiles augmenta ou diminua selon les cas.

nous n'avions pas pu préciser l'état d'idiosyncrasie vis-à-vis du novarsénobenzol, un seul eut une réaction allergique, qui nous fait supposer avec quelque vraisemblance, par comparaison avec ce que nous avons constaté chez les 9 autres animaux, qu'il avait aussi une hypersensibilité innée. Ce qui porterait la proportion des animaux hypersensibles à 3 sur 12, soit 25 pour 100.



Fig. 4 (Cobaye 38-59). — Reviviscence, à la suite d'une seconde injection intradermique faite dans le flanc opposé, d'une grosse papule nécrotique provoquée 4 semaines auparavant par une première inoculation intradermique.

3° Continuant nos explorations dans le premier lot de 9 cobayes, nous avons, 16 jours après la première inoculation intradermique, au moment où s'effaçaient les papules de la seconde épreuve, pratiqué une *injection intracardiaque* de la solution à 30 centigram-

mes pour 15 centimètres cubes d'eau physiologique, aux doses indiquées précédemment (voir technique).

Un des 9 animaux est mort accidentellement d'hémopéricarde.

Sur les 8 restants, 6, qui s'étaient montrés jusqu'ici insensibles, n'eurent aucune réaction.

Mais chez les deux cobayes qui auparavant avaient eu les réactions que nous avons décrites, se produisit un phénomène particulier.



Fig. 5 (Cobaye 38-89). — Phénomène de Schwartzmann, autour d'une réaction nécrotique, déclenché par une injection intracardiaque de novarsénobenzol.

Vingt-quatre heures après l'injection cardiaque survint, sur les aires épilées, tout autour de l'endroit de la première inoculation intradermique, une éruption formée de taches érythémateuses assez larges, non infiltrées, débordant largement la zone épilée chez un animal, entourant seulement la papule reviviscente chez l'autre.

En même temps, les papules consécutives à la première intradermoréaction, qui avaient reparu après la seconde injection intradermique, subirent une nouvelle reviviscence.

La nappe érythémateuse disparut au bout de 24 heures et fut suivie d'une fine desquamation pendant 3 jours. La reviviscence des papules persista 48 heures.

Six jours après, on refit une injection intracardiaque dans les mêmes conditions chez ces deux animaux sensibilisés. Chez l'un, il se produisit un léger érythème. L'autre ne présenta aucune réaction. Les animaux paraissaient donc en état d'anergie ou de désensibilisation.

Cette réaction érythémateuse péripapuleuse était bien différente du halo inflammatoire qui peut entourer certains éléments très congestifs. Elle formait une nappe de taches juxtaposées, séparées par de petits bras de peau normale, et de couleur plutôt terne, presque violacée. Elle a été signalée par Frei.

Nous croyons pouvoir l'assimiler au phénomène de Schwartzmann, décrit en 1928. Cet auteur a vu en effet que si on injecte dans le derme d'un lapin du filtrat d'une culture microbienne (bacille typhique, méningocoque, gonocoque) et qu'on fasse le lendemain chez le même animal une injection intraveineuse de ce filtrat, il se produit, à l'endroit de l'inoculation intradermique, soit un placard de stase veineuse qui se nécrose au bout de 2 à 3 jours, soit une réaction érythémateuse fugace autour du point injecté. Ce phénomène a été obtenu chez le cobaye par Gratia et Linz. Il ne se produit que chez un certain nombre d'animaux, ce qui indique le rôle de la prédisposition individuelle et implique la notion d'une intolérance (cependant les auteurs sont loin d'être d'accord sur sa pathogénie).

II. ***Deuxième série d'expériences.*** — Pour mieux nous rendre compte de la nature des réactions, nous avons voulu en faire l'examen histologique sans cependant interrompre leur succession. Nous avons donc, sur un deuxième lot de 6 cobayes, pratiqué sur l'aire épilée non plus une, mais trois intradermo-réactions au novarsénobenzol, de façon à pouvoir prélever une des lésions produites et suivre l'évolution des deux autres.

1° Sept jours après l'inoculation intradermique, un seul des 6 animaux (il était de race angora) présenta 3 petites papules nettement infiltrées, grosses comme des lentilles, de coloration rose foncé. Au troisième jour de son évolution, une de ces papules fut

excisée et examinée histologiquement. Voici les lésions que nous avons constatées avec M. Lévy-Coblentz.

L'*épiderme* est épaissi ; le corps muqueux de Malpighi est hypertrophié ; la couche granuleuse comprend 4 à 5 couches de cellules. En un point, on voit un nid de lymphocytes intra-épidermiques. Pas de spongiose, ni de parakératose.

Le *derme*, dans toute sa hauteur, contient un infiltrat cellulaire,

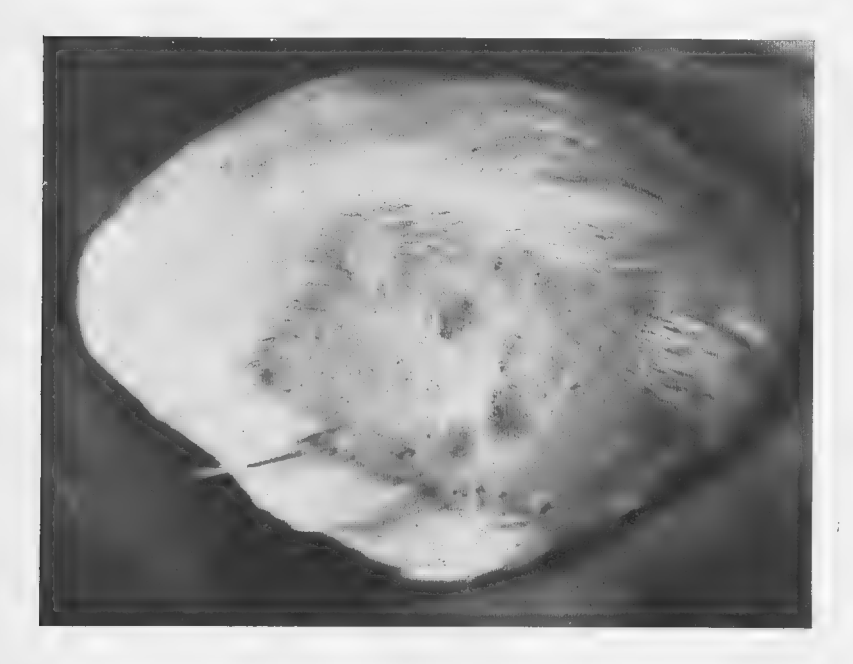


Fig. 6 (Cobaye 38-81). — Trois papules survenues 8 jours après trois premières inoculations intradermiques de novarsénobenzol (ne pas tenir compte des petites lésions cutanées accessoires, qui sont artificielles).

particulièrement dense dans sa portion papillaire et dans la partie supérieure de sa portion moyenne. Cet infiltrat est diffus, mais plus fourni autour des capillaires. Les cellules qui le forment sont polymorphes, mais ce sont en majorité des polynucléaires, en minorité des histiocytes et quelques lymphocytes. On voit aussi plusieurs macrophages, dont quelques-uns ont deux noyaux. Il n'y a ni plasmocytes, ni cellules géantes. En plusieurs points, il existe de minuscules foyers de nécrose portant sur le tissu collagène. L'endothélium des capillaires est tuméfié.

Cette lésion, par ses lésions nécrotiques, si discrètes soient-elles, par son infiltrat formé surtout de polynucléaires, rappelle celle que l'un de nous a montré caractériser les lésions d'intolérance cutanée portant sur le tissu réticulo-endothélial (1). Il ne saurait en effet s'agir de lésion nécrotique directe, car d'une part ces altérations ont une longue incubation, d'autre part elles ne se sont produites que sur un seul de ces 6 animaux en expérience. Ce sont là deux caractères qui nous paraissent capitaux pour fixer la nature de ces réactions.

Les deux autres papules se sont effacées en quelques jours.

2° A ce moment, c'est-à-dire 12 jours après l'intradermo-réaction, nous avons éprouvé les 6 cobayes de ce deuxième lot par l'inoculation intracardiaque de novarsénobenzol (comme précédemment 0,1 par 100 grammes d'animal d'une solution à 30 centigrammes pour 15 centimètres cubes).

Vingt-quatre heures après, le seul animal qui avait réagi précédemment eut, tout autour des emplacements des deux papules non biopsiées et même de celle qui avait été biopsiée, un placard érythémateux, d'aspect presque purpurique (nous n'avons pu l'effacer à la vitro-pression), formé de taches et de traînées, sur une surface large comme une pièce de deux francs, sans aucune modification épidermique.

Une biopsie fut pratiquée sur une tache. L'examen histologique a donné les résultats suivants :

Épiderme normal.
Congestion vasculaire sans épanchement sanguin dans le derme.
En un point, légère prolifération des histiocytes.

Cette réaction vasculaire, que nous considérons encore comme un phénomène de Schwartzmann, disparut au bout de 24 heures.

3° L'examen histologique nous ayant montré que la réaction papuleuse était localisée au tissu dermique réticulo-endothélial, nous avons voulu nous assurer expérimentalement que l'épiderme ne jouait aucun rôle dans sa production.

(1) A. Sézary. Signification pathogénique des tests cutanés d'hypersensibilité. *Bulletin de la Soc. de Dermat.*, 1935, n° 1, p. 99.

A cet effet, nous rappelant que dans l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse de l'homme, qui est une réaction épidermique, l'épidermo-réaction donnait un résultat positif, ainsi que nous l'avons montré avec Mauric (1), nous avons, chez le cobaye qui s'était montré sensible, fait deux épidermo-réactions, l'une avec une solution aqueuse à 5 o/o de novarsénobenzol, l'autre avec une pommade au novarsénobenzol à 30 o/o. Ces deux épreuves ont été négatives. La réaction est donc bien réticulo-endothéliale et non épidermique.

4° Frei a vu que 50 o/o des cobayes qui n'avaient pas réagi à la première inoculation intradermique réagissaient si, quatre semaines plus tard, on répétait chez eux l'inoculation. Nous avons voulu vérifier le fait chez huit de nos animaux qui n'avaient pas eu de papules après la première intradermo-réaction. Chez 2 d'entre eux, soit dans 25 o/o des cas seulement, la seconde épreuve a donné, après une incubation de 10 jours, une papule fortement infiltrée, entourée d'un halo inflammatoire, qui s'est bientôt nécrosée. Cette réaction s'apparente à un phénomène allergique par les caractères de la lésion cutanée et par l'inconstance des résultats, mais elle s'en distingue par sa longue incubation de 10 jours. Elle est donc difficile à interpréter.

Chez ces deux animaux, l'injection intracardiaque de novarsénobenzol provoqua, autour de ces papules, une réaction érythémateuse qui dura 24 heures, comparable au phénomène de Schwartzmann.

III. ***Troisième série d'expériences.*** — Certains auteurs admettent que les corps chimiquement définis, mais non albumineux, exercent un pouvoir antigénique s'ils sont adsorbés par une molécule d'albumine (Landsteiner, Klapstock et Selter). Nos résultats précédents s'inscrivent plutôt contre cette conception. Mais, pour mieux fixer nos idées, nous avons répété nos expériences en employant comme réactogène un mélange à parties égales de la solution de novarsénobenzol avec du sérum de lapin, mélange dont nous avons vérifié la réaction neutre.

Nous avons opéré sur 15 cobayes (9 blancs et 6 albinos), dont

(1) A. Sézary et G. Mauric. Le rôle de l'allergie cutanée dans la pathogénie de l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse. *La Presse Médicale*, 1933, n° 6, p. 997.

5 ont servi de témoins, c'est-à-dire n'ont reçu que du sérum, sans arsenic, mélangé avec partie égale d'eau physiologique.

Sur les 10 animaux qui avaient reçu dans le derme une goutte du mélange novar-sérum, 4, au septième jour, présentèrent une papule aux trois points d'inoculation du mélange. Un de ces animaux mourut accidentellement le lendemain. Un autre eut une réaction très vive ; les papules se nécrosèrent le lendemain de leur apparition et s'entourèrent d'une forte réaction inflammatoire. Les deux derniers eurent des papules semblables à celles observées chez les cobayes de nos expériences précédentes qui avaient reçu du novarsénobenzol seul ; ces papules durèrent 5 jours. Parmi ces animaux, 3 étaient albinos, 1 blanc.

Les 5 animaux témoins n'eurent aucune réaction.

Seize jours après l'inoculation intradermique du mélange, nous avons pratiqué, comme précédemment, une injection intracardiaque de novarsénobenzol seul chez les 14 animaux restants (9 injectés avec le mélange et sur lesquels 3 s'étaient montrés sensibles ; 5 témoins).

Chez les deux cobayes qui avaient eu la réaction la moins forte, il se produisit l'érythème péri-papuleux fugace déjà vu lors des expériences antérieures (phénomène de Schwartzmann). Mais ce qui leur fut particulier, ce furent les réactions générales observées chez ces animaux : stupeur, puis grattage du nez, tremblement, convulsions, polypnée, légère parésie du train postérieur. Ces symptômes furent passagers.

Les autres animaux n'eurent aucune réaction.

Cette dernière série d'expériences est intéressante. Mais elle porte sur un nombre trop peu important d'animaux pour qu'on puisse en tirer une conclusion définitive. Nous y retrouvons, avec une proportion de 4 sur 15, un certain nombre d'animaux réagissant à l'inoculation intradermique par une papule, puis, à raison de 2 sur les 3 animaux sensibles restants, à l'inoculation intracardiaque par une nappe érythémateuse péri-papuleuse. De plus, nous avons noté — et ceci ne peut être attribué qu'à l'action du sérum mélangé au novar — une réaction générale du type anaphylactique chez les cobayes éprouvés seulement par une injection intracardiaque de novarsénobenzol. Ce fait, s'il est confirmé, pourrait être particulièrement instructif. Nous nous contentons de le signaler aujourd'hui.

*
* *

INTERPRÉTATION ET CONCLUSIONS

Que conclure de ces différentes expériences?

Au premier abord, les faits semblent complexes. Mais en les comparant entre eux, on peut en tirer des déductions qui nous paraissent très intéressantes.

1[e] Il existe chez certains cobayes une idiosyncrasie, c'est-à-dire une hypersensibilité ou intolérance congénitale, de la peau vis-à-vis du novarsénobenzol. Sur 28 animaux en expérience, 8 ont présenté cette sensiblité, soit une proportion de 28,5 o/o.

Il s'agit bien d'une hypersensibilité, car d'une part la réaction ne se produit que chez un nombre limité d'animaux, d'autre part elle n'apparaît qu'après une incubation de 7 à 8 jours en moyenne, comme dans la maladie du sérum (une action toxique directe du produit donnerait une réaction constante et immédiate).

Cette hypersensibilité, dans une certaine mesure, semble dépendre de la race de l'animal. Elle est plus fréquente chez les albinos et les angoras, mais non constante chez eux. De plus, elle peut s'observer, mais beaucoup plus rarement, chez des cobayes de race vulgaire. Ce fait est à retenir, il montre expérimentalement que certaines races sont plus sensibles ou différemment sensibles que d'autres à l'action de certains produits chimiques.

Cette hypersensibilité se manifeste par une papule qui se développe au point d'inoculation et qui dure quelques jours. Elle se localise au tissu réticulo-endothélial, autrement dit au derme. L'histologie montre en effet qu'elle consiste en une lésion nécrotique légère de ce tissu et un afflux important de polynucléaires. La réaction est donc comparable au premier stade de celle qu'on observe dans la tuberculose, la syphilis, la maladie de Nicolas-Favre, etc.

3[o] Elle n'appartient pas au tissu épidermique. Les lésions de l'épiderme sont légères, il n'y a pas de spongiose. De plus les épidermo-réactions demeurent négatives, contrairement à ce qu'on observe dans les sensibilisations épidermiques.

Cette constatation prouve qu'on ne saurait comparer les réactions que nous avons obtenues avec celles qui caractérisent chez l'homme l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse arsenicale. Il ne s'agit donc

pas, dans nos faits, de reproduction expérimentale de cette complication cutanée du traitement novarsénobenzolique (notons d'ailleurs que, d'après Frei, si des réactions comparables peuvent être obtenues chez l'homme, elles feraient défaut chez des sujets syphilitiques). Nos expériences n'apportent donc aucun appoint au problème pathogénique de cette dermatose humaine.

4° Chez les cobayes qui se sont montrés sensibles une première fois à l'inoculation intradermique (idiosyncrasie), on observe, après cette première épreuve, une modification de leur réaction d'hypersensibilité. Une seconde inoculation, faite après la disparition des premières papules et à distance d'elles, provoque à la fois une reviviscence de ces papules et une nouvelle réaction papuleuse au point de la seconde inoculation. Cette seconde papule diffère de la précédente par son incubation plus courte, qui est de 24 heures. Par là, elle mérite le nom d'allergique, au sens que Pirket donnait à la réaction qui suit une seconde inoculation vaccinale.

5° Il semble bien que certains cobayes qui se sont montrés insensibles à une première inoculation intradermique de novarsénobenzol peuvent, du fait de cette première inoculation, se sensibiliser à ce produit. Ils deviennent sensibles à une seconde inoculation. Leur réaction affecte un type spécial : elle survient une dizaine de jours après, ce qui la rapproche de l'idiosyncrasie, mais est nodulaire et nécrotique, ce qui la rapproche de l'allergie (ou sensibilisation tissulaire acquise, comme dans le phénomène de Koch).

6° Chez les cobayes dont l'état d'hypersensibilité est montré par la réaction papuleuse à l'intradermo-réaction, l'injection intracardiaque d'une dose non toxique de novarsénobenzol est suivie de la production, autour des papules antérieurement provoquées, de taches érythémateuses qui peuvent s'étendre sur une aire de 2 à 3 centimètres de diamètre. Cette réaction spéciale nous paraît devoir être identifiée avec le phénomène de Schwartzmann.

Son apparition dans nos conditions expérimentales est un argument en faveur de l'origine allergique encore si discutée de ce phénomène. Jusqu'ici il a paru de nature mystérieuse, en raison surtout de sa localisation autour d'un foyer réactionnel. Cette topographie ne doit pas étonner les dermatologistes. Török, Ramel ont montré en effet que la sensibilisation cutanée s'étend progressive-

ment à partir d'un foyer primaire sensibilisant et que, d'abord limitée au pourtour de ce dernier, elle peut ensuite se généraliser. Le phénomène de Schwartzmann nous paraît donc pouvoir être considéré comme révélant la phase initiale de cette extension de l'allergie.

On voit donc l'intérêt des faits expérimentaux que nous venons de rapporter. S'ils n'éclairent pas la pathogénie de l'intolérance cutanée de l'homme au novarsénobenzol, ils nous apportent sur les tests cutanés des documents ou nous suggèrent des hypothèses qui méritent d'être retenues.

Hôpital S. Juan de Dios (Services des Professeurs Covisa et Bejarano).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES SYNDROMES CUTANÉS-ARTICULAIRES

Par MM.

Julio BEJARANO et J. G. ORBANEJA (de Madrid)
Chef de Service. Médecin assistant.

A la clinique dermatologique on observe, avec une fréquence tout à fait relative, le fait que quelques dermatoses, d'évolution évidemment chronique et qui peuvent être comprises, presque toutes, dans les syndromes parakératosiques, sont précédées ou accompagnées de manifestations articulaires d'intensité variable et d'évolutions différentes, lesquelles, dans quelques cas, constituent une véritable invalidité. En dehors de quelques processus cutanés-articulaires, qui n'ont été ni étudiés spécialement, ni définis avec précision, deux dermatoses ont une existence dont l'individualité est, pour beaucoup de dermatologistes, tout à fait évidente, bien que de notre temps cette opinion soit discutable ; ces dermatoses sont celles connues sous les noms de psoriasis arthropatique et de kératodermie gonococcique. Si différentes que ces deux dermatoses puissent paraître, il est évident que lorsque la kératodermie gonococcique est accompagnée de manifestations articulaires graves il est difficile ou impossible de la détacher du psoriasis arthropatique. L'analogie entre ces deux processus (si tant est que nous puissions les considérer comme des processus différents) est si grande que dans quelques cas on formule, successivement, pour le même malade, ces deux diagnostics. C'est ce qui est arrivé dans le cas que nous étudions et qui va nous servir de point de départ pour quelques considérations d'ordre général tendant à admettre une

relation indiscutable entre les infections articulaires et la diathèse parakératosique.

L'histoire du malade, synthétisée, est la suivante :

A. G. R..., 31 ans, de Madrid, célibataire, cordonnier, entre dans le service le 3 mai 1934. Antécédents familiaux : son père souffrit d'attaques de rhumatisme et mourut dans un état de démence. Il y a dans la famille des antécédents tuberculeux évidents. Antécédents personnels : pendant l'enfance, le malade a souffert de la rougeole et du typhus abdominal. Dans sa 14e année, des attaques douloureuses, la première fois, localisées aux hanches, particulièrement du côté gauche, qui empêchèrent le malade de faire quelques mouvements pendant plusieurs jours. Ces attaques se sont répétées jusqu'au commencement de la maladie actuelle. A l'âge de 18 ans, le malade a souffert d'une lésion

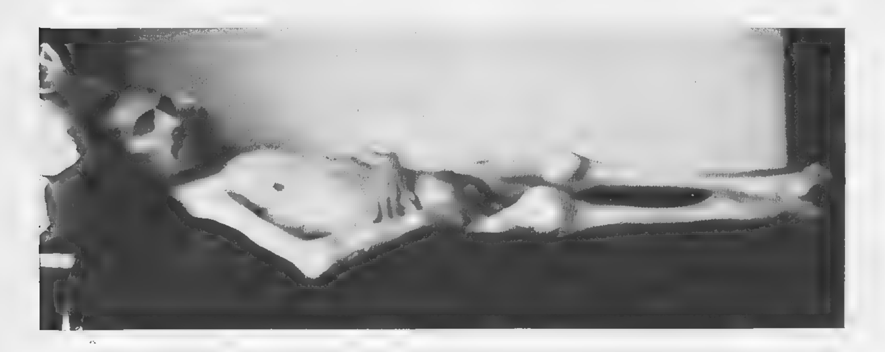


Fig. 1.

ulcéreuse génitale avec participation ganglionnaire aiguë et douloureuse.

Antécédents de la maladie actuelle : au mois de mai 1923, suppuration uréthrale aiguë traitée localement avec une solution de permanganate de potasse, pendant vingt jours, au delà desquels, se considérant comme guéri, il quitta le traitement. Vingt jours après, nouvelle manifestation du processus de suppuration uréthrale qui détermine son entrée dans un service clinique. A son entrée, ont été observées des altérations articulaires et des lésions cutanées au commencement de leur développement ; elles sont tout à fait identiques, suivant l'avis du malade, à celles dont il souffre actuellement. Le malade est traité avec vaccin antigonococcique et avec des injections intraveineuses de salicylate de soude sans qu'il se produise d'amélioration. En même temps, le processus suppuratif est traité localement. Pendant les années 1934 et 1924, il est traité à plusieurs reprises avec des thérapeutiques anti-

gonococciques sans aucun résultat satisfaisant ; il présente, au contraire, dans les périodes de repos, des rémissions spontanées de ses lésions.

En raison de l'échec du traitement établi en corrélation avec le diagnostic d'arthrite et kératodermie blennorragique, on essaie pendant des années d'autres thérapeutiques : des injections intraveineuses d'atophan, du sang hémolysé, etc. ; toutes ces médications sont sans effet, la guérison et la récidive de la maladie se présentent indépendamment de l'action exercée sur le malade. Dans cet état, et étant



Fig. 2.

donné le syndrome articulaire des différentes attaques chaque fois plus graves, s'écoulent onze années.

Ce temps passé, le malade qui pendant les trois dernières années est demeuré chez lui, entre dans le service le 3 mai 1934. A son entrée, il présente un syndrome cutanéo-articulaire, avec un mauvais état général : il manque de poids et d'appétit, comme conséquence de ses souffrances gastriques. Les caractères des lésions cutanées sont les suivants : toutes, suivant les renseignements fournis par le malade, sont précédées

dans leur poussée d'une légère cuisson, et toutes ont les caractères morphologiques et d'évolution des lésions qui sont apparues le jour précédant l'entrée du malade dans le service. Elles sont, en premier lieu, des éléments vésiculeux, plus tard pustuleux, lesquels, au moment de sécher, restent constitués par une croûte entourée d'une étroite circonférence érythémateuse. Au décollement mécanique de la croûte on note qu'elle est placée sur un derme légèrement infiltré et on observe aussi une hémorragie punctiforme de distribution inégale. Les éléments



Fig. 3.

qui, plus tard, constituent des grandes plaques, sont le résultat de l'accumulation de plusieurs éléments identiques à ceux que nous venons de décrire. Au cours de l'évolution successive, dans plusieurs éléments, l'accumulation de croûtes et de couches cornées constitue une carapace ostréacée dans laquelle on remarque une certaine stratification. La grandeur des lésions cutanées est très variable : des plaques punctiformes jusqu'aux plaques de grande extension (plaques de la région du sacrum

et du côté gauche de l'abdomen), il existe toutes les grandeurs comprises entre les deux grandeurs décrites. Les localisations sont multiples, on peut dire qu'il n'y a pas de région cutanée exempte de la maladie. A la tête, le cuir chevelu est presque entièrement affecté ; sur un fond d'érythème diffus, on trouve des croûtes de couleur jaune blanchâtre, lesquelles, détachées mécaniquement, laissent une surface brillante, exsudative, laquelle est sur un derme un peu grossi, et dans laquelle on remarque une hémorragie punctiforme, de distribution irrégulière.

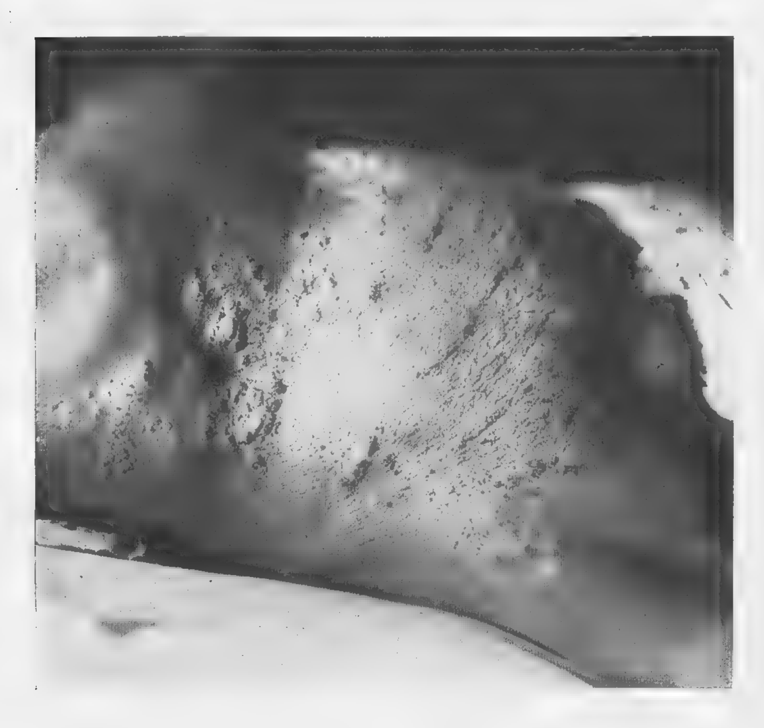


Fig. 4.

Sur le tronc, il y a une grande plaque dorsale, en drap de lit, fusionnée par sa limite inférieure avec la plaque qui occupe la région sacrée et les régions fessières. Les caractères des lésions sont essentiellement identiques à ceux que nous avons décrits, l'accumulation croûteuse a une intensité plus grande ; l'hémorragie également, et elle est d'une irrégularité plus marquée sans caractère punctiforme appréciable. L'abdomen est occupé dans la moitié droite par une grande plaque avec les mêmes caractères. La région périnéale présente une plaque différente par son

caractère exsudatif plus marqué, et parce que l'accumulation croûteuse y est moins évidente. Aux membres supérieurs et inférieurs, il y a un grand nombre de plaques, arrondies, plus petites (quelques-unes de plusieurs centimètres de diamètre). Sur d'autres plaques, l'accumulation croûteuse adopte une disposition en forme de cône, et ses dimensions créent des formes en « clou de tapissier ». L'accumulation cornée et croûteuse est plus marquée aux mains. Les ongles sont hypertrophiés, ici l'accumulation cornée atteint une hauteur considérable. On ne



Fig. 5.

remarque aucune altération des muqueuses. Dans les os et les articulations, il y a des altérations profondes, qui consistent en périostites et en déformations articulaires, dans les épiphyses, les articulations sont grossies, avec les surfaces osseuses voisines rugueuses, avec limitations des mouvements et de la douleur, facilement appréciable à la pression, dans les interlignes articulaires. Si nous analysons les altérations que présentent, en particulier, les diverses articulations, nous trouvons : limitation légère des mouvements en étendue dans l'articulation temporo-maxillaire, sans aucun symptôme local ; au membre supérieur gauche : limitation en étendue des mouvements de l'articulation du coude ; l'articulation de l'épaule est limitée dans ses mouvements de flexion et d'extension ; on trouve l'articulation sterno-cla-



Fig. 6.

viculaire fonctionnellement normale ; les mouvements du poignet sont un peu limités dans leur extension ; il y a une ankylose, en légère flexion, des articulations métacarpo-phalangiennes, des deuxième et troisième doigts, celle du quatrième doigt est en extension forcée ; celles de l'auriculaire et du pouce se flexionnent ; articulations inter-phalangiennes : les premières aux deuxième et troisième doigts, ont une ankylose en extension forcée, celles des quatrième et cinquième doigts sont ankylosés en flexion. Les articulations secondaires sont



Fig. 7.

ankylosées en position variable. Membre supérieur droit : il y a une légère limitation des mouvements des articulations sterno-claviculaire et de l'épaule ; l'articulation du coude a ses mouvements presque complets ; celle du poignet est normale ; aux articulations métacarpo-phalangiennes : il y a un état de sub-luxation dans l'articulation du pouce, comme conséquence de l'atrophie phalangienne. La colonne lombaire a une déviation vers le côté droit (*lordose*). La hanche droite est ankylosée complètement en demi-flexion, abduction et rotation externe. La

hanche gauche est ankylosée également dans une position de demi-flexion, adduction et rotation interne. Les genoux sont, tous les deux, ankylosés en demi-flexion.

Les groupes musculaires, qui correspondent aux articulations affectées, sont dans un état maximum d'atrophie, toutefois dans tout le système musculaire il y a une atrophie plus ou moins marquée.

L'exploration viscérale et des systèmes cardio-vasculaires et nerveux est négative. La gastrite acide dont le malade a souffert il y a quelques

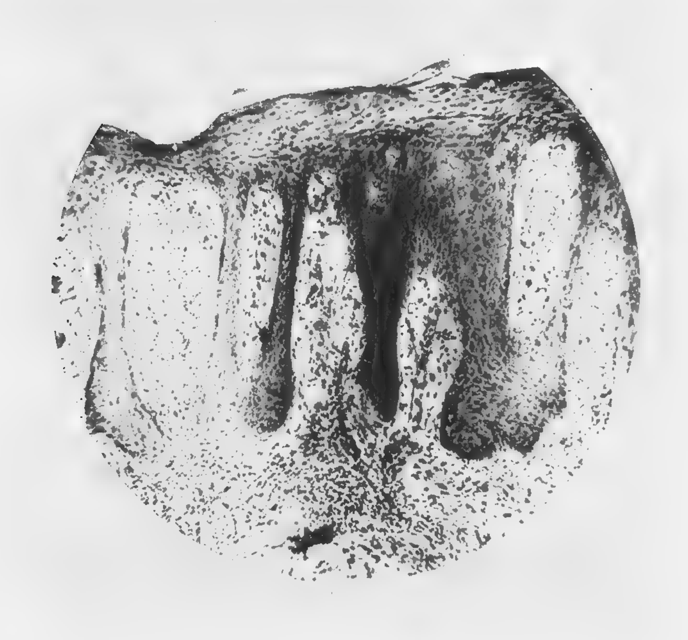


Fig. 8.

mois est considérablement réduite ; il continue le traitement par les alcalins et antispasmodiques et le régime approprié.

Exploration radiologique. Radiographie du genou : les contours de l'épiphyse du fémur et du tibia sont moins marqués, les contours se sont arrondis. Dans les deux genoux, il y a une condensation du tissu spongieux. Le périoste est effiloché. Il y a une fusion du fémur avec le tibia et du fémur avec la rotule, réalisée par des ponts osseux, ce qui permet de suivre le contour des surfaces osseuses. Radiographie du poignet : les mêmes altérations fondamentales ; on voit bien la fusion

entre le grand os et le moyen métacarpien, et la première phalange, ce qui détermine une sub-luxation interphalangienne.

Les biopsies réalisées dans un élément qui vient de paraître et dans un autre existant depuis longtemps, donnent la même structure fondamentale : dilatation des capillaires dermiques, œdème papillaire et sub-papillaire et infiltration discrète et superficielle du derme, formée par des lymphocytes, des fibroblastes et quelques polynucléaires. Œdème



Fig. 9.

intercellulaire de l'épiderme (*spongiosis*), et dans quelques endroits il y a même de la vésiculation. Foyers parakératosiques, qui alternent avec d'autres d'épiderme normal. Quelques abcès sub-cornés.

Les réactions sérologiques de Wassermann, avec le sérum inactivé ou non inactivé (technique de Navarro-Hombria), de Meinicke Klärung II, de Kahn et de Müller II, ont été négatives. Celle de la déviation du complément, avec un antigène gonococcique, a été positive. L'hémoculture, dans le milieu de Pelouze, a été négative.

L'intradermo-réaction de Compligon (Schering) ayant utilisé un

demi-dixième de centimètre cube de la troisième dose a été négative dans les 48 heures suivantes. Au lieu où a été faite l'intradermo-réaction se déroule, au troisième jour, une lésion identique à celles que le malade présente sur le reste du corps.

L'analyse de l'exsudat prostatique (précédée d'une injection sous-cutanée de Compligon, troisième dose, 48 heures avant n'ayant provoqué aucun phénomène de réaction locale ou générale) donne comme résultat l'observation de diplocoques morphologiquement assimilables au diplocoque de Neisser, mais qui, indifféremment, ont une affinité ou rejettent la coloration de Gram. On obtient un résultat identique avec l'analyse de l'exsudat de la pustule du genou droit.

Une longue observation du malade nous a fourni de nouvelles connaissances. A côté des éléments kératodermiques que nous venons de décrire, il se présente une poussée d'éléments typiques de psoriasis ; ils occupent les hanches, l'abdomen, comme on peut le voir dans une des photographies que nous publions.

De l'étude de l'histoire clinique que nous avons rapportée, on déduit que peuvent être faits deux diagnostics parfaitement défendables à plusieurs points de vue ; ce sont celui de psoriasis arthropatique et celui de kératodermie gonococcique. En faveur du premier parlent les symptômes morphologiques, l'évolution intermittente, l'établissement définitif des altérations articulaires et l'efficacité nulle de la thérapeutique (60) (62). Bien qu'ayant présents à l'esprit tous ces symptômes, si nous faisons état de l'existence certaine dans l'anamnèse d'une infection gonococcique, nous pourrions établir aussi le diagnostic de kératodermie gonococcique (56) (15) (19).

Cependant, les commentaires dérivés de l'étude de notre malade tendent, justement, à démontrer qu'aujourd'hui on peut se demander si à chacun de ces syndromes on peut attribuer une existence indépendante, une spécificité ou, si au contraire, ils ne sont que des syndromes pathologiques tout à fait superposables, identifiables, constitutifs d'un groupe d'affections qui auraient droit à une place dans la nosologie dermatologique, place réservée aux processus articulaire existant simultanément avec une modification cutanée de type parakératosique. Pour éclaircir cette question nous ferons un exposé, ordonné, de chacun des syndromes.

Caractères qui particularisent le psoriasis arthropatique

Les lésions cutanées sont toujours atypiques, avec un caractère exsudatif et pustuleux, disposées en couches de forme rupioïde et ostréacée et affectant les ongles avec de profondes modifications. Leur atypie ne serait pas seulement morphologique, mais aussi une atypie de distribution topographique (envahissement des mains, des pieds, de la région génitale, des ongles) d'étendue et d'infiltration. L'évolution dans quelques cas serait aiguë et sub-aiguë.

Les lésions histologiques de la manifestation cutanée ne sont pas différentes, en dehors d'une variation de degré, des lésions du psoriasis vulgaire.

Il est difficile de considérer les lésions articulaires d'un point de vue univoque il y a des altérations allant des simples souffrances subjectives légères aux formes graves. Celles-ci arrivant jusqu'à la subluxation avec dommages considérables dans tous les éléments tissulaires (capsules, cartilages, os, tissus mous). Chaque cas aurait une évolution particulière. Nobl (44) affirme la coïncidence entre cette lésion et celles qui se présentent dans la kératodermie gonococcique ; on peut dire, après l'étude d'un grand nombre de travaux, que toutes les tentatives de trouver des caractères particuliers aux arthrites gonococciques, du point de vue pratique, ont échoué de la même façon que l'individualisation de la maladie en face d'autres altérations rhumatismales.

Bauer, dans un travail de 1931 (5), signale trois types d'altérations : la polyarthrite chronique primaire, la plus fréquente (confirmation de l'absence de caractères individualisés), l'arthrosis déformante, qui serait un pur processus de dégénération, extraordinairement rare, et l'hydarthoose intermittente. Bauer a décrit un seul cas de cette manifestation, elle serait occasionnée par des phénomènes vasculaires.

Les altérations osseuses, observées radiographiquement, seraient toujours assimilables à celles des formes infectieuses chroniques. Dans tous les cas le cadre morbide serait celui de la poliarthrite progressive chronique : l'atrophie osseuse, les taches claires dans le tissu spongieux, la réduction des phalanges terminales, le rétré-

cissement de la fente articulaire et l'exostose, seraient des caractères qui particulariseraient le schéma radiologique.

Si nous faisons un résumé des manifestations du psoriasis arthropatique nous devons mentionner deux lésions : la cutanée, processus vasculo-exsudatif, avec modification dans la formation de la kératine, duquel nous faisons une référence au type psoriasique, et un processus articulaire, dans lequel il n'est pas possible de relever des caractères spécifiques.

Caractères qui particularisent la kératodermie gonococcique (15) (19) (56)

Du Bois divise l'évolution des lésions cutanées dans trois phases : vésiculeuse, pustuleuse, croûteuse ; les lésions frapperaient des régions symétriques, et elles auraient une tendance à la généralisation. Les lésions des ongles détruiraient le lit et elles donneraient lieu à des formations cornées. Dans quelques cas il y aurait des lésions muqueuses.

Les manifestations histologiques de la kératodermie sont constituées par de l'acanthose, de la spongiose du corps de Malpighi ; de la dilatation vasculaire, de l'œdème et de l'infiltration formée par des cellules lymphocytaires, conjonctives et quelques leucocytes et des cellules plasmatiques (Plasmazellen) ; l'infiltration est modérée et elle est placée dans la couche cornée et sub-cornée par accumulation de cellules leucocytaires. Dans l'état final les altérations sont les mêmes.

Les lésions osseuses, dans les arthrites gonococciques, lesquelles se présentent avec la lésion cutanée kératosique, ont une évolution variable en intensité, en étendue et en formations résiduelles. La fréquence des formes est très variable, celles de gravité moyenne, comme les sérofibrineuses, sont les plus fréquentes. Quant à la fréquence de la maladie chez les hommes et les femmes, Kowarski (32), assure qu'elle est identique (1934). Généralement il y a un début foudroyant, avec participation péri-articulaire, et, comme altérations osseuses, une atrophie osseuse réalisée dans un temps très bref, limitée à la partie articulaire de l'os ; des foyers de destruction du cartilage « foyers que nous voyons aussi dans les arthrites

de formes progressives chroniques, dans les arthrites uratiques et dans les arthrites tuberculeuses », et dépôts périostiques placés aux environs des articulations, et quelquefois éloignés et qui sont un produit final des processus inflammatoires périostiques.

Ni l'atrophie, ni la destruction du cartilage, ni les dépôts périostiques ne parlent explicitement en faveur de l'arthrite gonococcique. Ni la température, ni la douleur ne sont valables, parce qu'il y a des formes aiguës et sub-aiguës, dans lesquelles l'une et l'autre font défaut, ou sont marquées avec grande intensité. Tout médecin sait, par contre, que dans le rhumatisme aigu, septique, ou tuberculeux, on peut observer des formes avec douleurs d'une grande intensité.

Il faut différencier les formes monoarticulaires de celles qui se présentent dans la tuberculose. Il faut, aussi, un diagnostic différentiel de la forme aiguë poliarticulaire en face des formes semblables du rhumatisme aigu et des formes tuberculeuses (celles-ci mise en évidence par les travaux de Lœwenstein). La forme la plus fréquente de l'arthrite gonococcique est celle d'évolution aiguë ou sub-aiguë avec des symptômes généraux et locaux bien marqués. Les formes qui sont appelés chroniques sont des formes récidivantes, conditionnées par la persistance du foyer septique primitif.

Il existe, en outre, comme il est établi par les travaux de Wirz (64) (65) et ses discussions avec Schrader, au cours de cette année et de l'année dernière, une forme rhumatismale de longue évolution, d'origine gonococcique, et connue, par les auteurs sous le nom d'arthrite gonococcique *tarda*. Dans cette forme les symptômes sont moins marqués que dans les formes précédentes : gonflement peu marqué, œdème léger, rougissement plus intense et température normale ou sub-fébrile. Il n'y a pas au début d'altérations radiologiques ; plus tard elles sont identiques à celles que nous venons de décrire, et elles n'ont pas de caractères spéciaux. Dans cette forme et les formes chroniques lesquelles sont conditionnées par des récidives fréquentes, le diagnostic différentiel est difficile (ce problème a provoqué la discussion Wirz-Schrader, qui sont déjà d'accord sur la difficulté du diagnostic). On pense toujours en premier lieu à un rhumatisme chronique, de nature non connue, ou à des formes tuberculeuses ou à d'autres d'origine non bactérienne, endocrinienne, métabolique. Cette ressemblance ne peut être éclairée

que par la démonstration de la maladie fondamentale, par une investigation sérologique ou bactériologique. Mais la démonstration de la survivance de l'infection gonococcique offre un grand nombre de difficultés, lesquelles ont été bien mises en évidence; il faut mentionner quelques travaux, le travail de Szilvari (57) « NeuereFestellungen über die verschiedenen Gonokokkenformen », publié en 1932, un autre de Göhring « Beiträge zur Biologie und Morphologie des Gonokokkus » ; et les travaux de Gjorgjevic (21) lesquels ont été combattus par Cohn; dans ceux-ci sont établies les difficultés de la différenciation du gonocoque, et on arrive à l'admission d'une diversité de caractères et de formes du germe, admission fondée sur un grand nombre d'épreuves culturelles et expérimentales (nous nous souvenons dans notre observation de la trouvaille, dans le sédiment de l'urine, et dans la lésion pustuleuse du genou droit, lors de l'épreuve par la méthode de Gram, de diplocoques, qui tantôt admettaient et tantôt refusaient la couleur et l'échec de la culture du sang).

Les formes déformantes et ankylosantes des arthrites gonococciques nous amènent aux mêmes questions différentielles, anamnestiquement et cliniquement, en face des arthrites d'autres étiologies.

Les altérations radiologiques des processus articulaires s'établissent à la période d'état : atrophie osseuse, qui se traduit par éclaircissement de la substance spongieuse, foyers de destruction cartilagineuse, sans traduction dans le cadre radiologique, et dépôts périostiques. Aucune de ces manifestations n'est caractéristique de l'étiologie gonococcique. Les états résiduels, de synostose, ont pour base une destruction du cartilage et la substance spongieuse des os, épaisse et compacte, forme une masse interdépendante (évoquons les radiographies de notre malade). En dépit de la détérioration du cartilage les surfaces articulaires sont bien marquées et l'union des os a lieu par des ponts osseux.

De la description des caractères de la kératodermie gonococcique accompagnée de lésions articulaires, on peut déduire que l'affection cutanée est une affection vasculaire exsudative avec procès parakératosique et que la lésion articulaire ne présente pas des caractères valables pour une individualisation parfaite vis-à-vis d'autres lésions articulaires. Le fait est surtout évident pour cette forme récemment admise comme « arthritis gonorreica tarda ».

Dans l'une et l'autre maladie, il y a des lésions articulaires qu'on ne peut individualiser et qu'on peut mettre sur le compte du processus bien connu depuis longtemps sous le nom de « rhumatisme ». Justement le manque d'individualisation des affections articulaires va nous conduire à une interprétation et à une connaissance du problème qui nous occupe maintenant. Faisons, d'abord, un résumé de la théorie générale du rhumatisme : après une époque dans laquelle le rhumatisme était considéré comme une vraie entité morbide dont l'étiologie était partagée entre les théories toxique et infectieuse, arriva une époque dans laquelle le mot rhumatisme avait perdu son sens primitif, servant pour désigner un véritable syndrome dont l'origine était toxique, infectieuse, métabolique, etc. (13). C'est alors que Klinge fait connaître ses travaux concernant le rhumatisme. Pour cet auteur (29) (30) (31), le rhumatisme aurait cessé d'être une conception anatomo-pathogénique : « l'infiltration primaire rhumatismale » ou altération dégénérative de la substance fondamentale, c'est un gonflement qui conduirait à la nécrose du tissu conjonctif ; la deuxième phase serait un processus réactionnel du type hyperplasique, le nodule d'Aschoff ; enfin, la troisième phase est celle de la transformation cicatricielle. Toutes ces transformations auraient lieu dans le tissu connectif. Le système vasculaire, les muscles (cœur, etc.), les viscères, les os, etc., pourront être le siège d'altérations semblables. Il y aurait même, selon Klinge, une artériosclérose de base rhumatismale. Les lésions articulaires se produisent d'une manière identique. Il faut donc l'existence de trois conditions : l'affect primaire de Græffe, constitué par un foyer primitif, infectieux ou toxique (13) ; une généralisation de la substance rhumatismale (sepsis) exerçant son action sur le tissu conjonctif et finalement une capacité réactionnelle de ce tissu. Cette conception pathogénique de Klinge est appuyée sur ses études expérimentales selon lesquelles, en employant des sérums différents il a réussi à produire ces lésions anatomiques de nature rhumatismale. Voyez comment la vieille conception française du rhumatisme a été renouvelée du fait de ces modernes données. Dans les plus récents travaux de Klinge (1933), on peut lire qu'il a réussi à provoquer le rhumatisme dans ses formes polyarticulaires, viscérale et périphérique en injectant des albumines hétérologues. Seulement Aschoff s'est dressé en 1934 contre la conception pathogénique de Klinge.

Pour Aschoff il vaudrait mieux considérer le rhumatisme comme un syndrome qui peut se présenter dans un certain nombre de maladies. Il ne veut pas nier l'existence d'une réaction allergique dans l'infection rhumatismale, mais ce fait ne peut pas infirmer sa thèse.

Etant donnée l'ampleur de la conception de Klinge, on peut y inclure les affections décrites plus haut : dans la lésion articulaire des psoriasiques il y a, au commencement du processus, une imbibition œdémateuse de la sinoviale, avec une surface villeuse, avec un épaississement infiltré et induré de la capsule articulaire : des endroits clairs et atrophiques dans les os avec diminution de l'ombre osseuse. Plus tard on constate des dépôts périostiques et un déchiquètement des épiphyses. A la destruction du cartilage succèdent les phénomènes secondaires de néoformation du tissu et de ponts osseux (ankylose). Il y aurait, donc, un processus primordial : érythème de la synoviale avec imbibition séreuse ou visqueuse de celle-ci, de la capsule et du cartilage avec liquéfaction de la substance fondamentale. Ce serait le premier temps du processus de Klinge. Toutes les autres manifestations seraient dérivées, secondaires.

Dans les processus gonorrhéiques (qu'on peut identifier avec le processus rhumatismal, du point de vue clinique, radiologique et anatomo-pathologique) il y aurait l'affect primaire de Græffe, c'est-à-dire, le foyer d'infection gonococcique ; le processus de réaction allergique coexistant avec l'infection est très constant dans le rhumatisme et finalement le caractère exsudatif de la lésion synoviale (11).

Il s'agirait, donc, de maladies identifiables, de maladies du tissu conjonctif. La forme dégénérative pure (arthrosis deformans) très exceptionnelle et la forme neurogène (hydarthrose intermitante de Bauer) n'ont rien à voir avec le rhumatisme proprement dit.

Il suffira de rappeler la description des altérations cutanées dans les deux processus qui nous occupent pour se rendre compte de leur identité (7). Dans tous les deux, il y a deux éléments anatomiques essentiels : une altération vasculo-exsudative et une parakératose. Ajoutons maintenant, quelques opinions qui doivent confirmer cette manière de voir : selon Gans (18) les lésions sont identiques dans les deux processus. Balog (4) arrive à nier l'existence de la kératodermie gonococcique. Lange (34) fait l'étude d'un groupe de cas pour lesquels on ne peut pas savoir s'ils appartiennent au psoriasis

arthropatique ou à la kératodermie gonococcique. Lojander (37) et d'autres, affirment que les dermatoses qui s'accompagnent de lésions articulaires sont identiques du point de vue clinique et histologique. A ce sujet, il faut rappeler que Darier avait déjà rapproché le psoriasis arthropatique et la kératodermie gonococcique (10) (17). Pour Adasom (1), Buschke et Milian (40) la kératodermie ne serait pas une autre chose qu'un psoriasis atypique.

D'autre part nous savons qu'on ne peut pas non plus se fonder sur les lésions histologiques pour établir un diagnostic différentiel.

S'il est impossible de remarquer une différence morphologique entre les lésions cutanées, examinons maintenant la possibilité d'une telle distinction du point de vue étio-pathogénique.

De très nombreuses théories ont été imaginées pour expliquer l'étiopathogénie du psoriasis. La théorie parasitaire de Kyrle-Lipschütz ne compte plus à l'heure actuelle, en raison de l'échec de nombreuses tentatives de transmission. En ce qui concerne la thèse de l'origine endocrinienne, l'analyse de la littérature démontre (45) que les opinions sont très différentes au sujet de la glande incriminée; les résultats thérapeutiques sont aussi très différents, et d'autre part il ne faut pas oublier qu'il est bien difficile d'apprécier l'exacte valeur des résultats soi-disant positifs, car on pourrait obtenir les mêmes succès avec n'importe quelque mode thérapeutique, si le psoriasis est en voie de résolution spontanée. Il faut toujours faire une distinction entre la guérison et le blanchiment du psoriasis (27).

On peut affirmer l'existence d'une prédisposition constitutionnelle (8) génotype, dans les formes arthropatiques du psoriasis (Bauer). Nous pouvons appuyer cette affirmation dans les faits suivants : la gravité du processus, sa généralisation inusitée, sa localisation atypique, l'échec de toutes sortes de traitements et enfin, l'intensité des lésions articulaires.

Cette prédisposition ne suppose pas l'existence d'une altération fonctionnelle ou morphologique, mais tout simplement, une faiblesse organique et une capacité de réaction qui aurait besoin d'autres conditions pour se manifester. Les déviations du métabolisme hydrocarboné (6), sont fréquentes mais n'éclairent pas du tout l'origine du psoriasis. La diminution de la quantité des substances azotées, éliminées par l'urine (49) se trouve contrebalancée

par l'abondante élimination par la peau (24). Les travaux, tout récents, de Grütz et Burger (22) (23) démontrent l'existence d'une modification dans le métabolisme de la graisse. Cette modification avait été niée autrefois, mais il faut rappeler que les investigations étaient réduites à la détermination du taux de la cholestérine, tandis que Grütz et Burger affirment l'existence d'une altération dans le métabolisme de la graisse et surtout dans la relation des divers lipoïdes. Laissons de côté cette théorie, insuffisamment contrôlée, du fait de sa modernité.

Une des plus importantes contributions à l'étude de la pathogénie du psoriasis est constituée par le phénomène de Köbner, c'est-à-dire, la production de la papule psoriasique par l'irritation du corps papillaire. Le phénomène de Köbner se réalise facilement dans la période de progression de la maladie (9) (52) dans la période de poussée psoriasique, mais, au contraire, il manque très souvent à la période d'état ; cette espèce d'immunité pour le phénomène de Köbner, qu'on peut observer dans les plaques psoriasiques constituées, a besoin d'un certain temps d'incubation (Bizzozero) (9). Nous savons aujourd'hui que la première réponse à l'irritation, est formée par la dilatation capillaire et l'exsudation. En effet, du point de vue clinique nous constatons en premier lieu, l'érythème ; l'adrénaline empêche le phénomène de se produire. Par contre, Zorn a pu produire le phénomène après l'élimination de l'épithélium. La dilatation capillaire serait provoquée, selon certains auteurs, par la mise en liberté d'une substance analogue à l'histamine (33) (38) ou bien par la production de substances acides (20) ou de diastases. Pour d'autres auteurs, entre lesquels il faut compter Meinicki (39), le phénomène serait de nature allergique, puisqu'ils ont trouvé une sensibilisation pour différentes substances. A l'appui de la thèse allergique on pourrait mentionner la réaction aux extraits de squames, l'effet thérapeutique de ces extraits et la désensibilisation du derme. On ne peut pas considérer, malgré tout, cet ensemble de faits, comme définitivement établis.

L'étude étio-pathogénique de la kératodermie gonococcique a soulevé des problèmes identiques à ceux du psoriasis. On trouve ici également, une théorie infectieuse directe, malgré qu'on n'ait jamais trouvé le gonocoque dans les lésions cutanées (Wight) (61). Il y a

aussi une théorie toxique (Ronstberg) pour laquelle sont valables les arguments exposés à propos du psoriasis. Finalement Chauffard et Fiessinger ont pu reproduire la kératodermie par l'irritation des lésions. La thèse allergique a trouvée son appui dans la sensibilisation démontrée par l'emploi des vaccins.

L'analogie des problèmes est frappante.

Pour comprendre la symptomatologie cutanée, une fois admise l'altération capillaire comme le phénomène primitif, il faut rappeler qu'après la dilatation capillaire vient l'œdème du corps papillaire, et après l'œdème de l'épiderme. Plus tard les cellules épidermiques sont prises à leur tour par cet œdème qui donne lieu à des déviations de leur croissance et de leur développement; la taille des cellules est très variable, ainsi que celle de leurs noyaux; on peut observer des fragments nucléaires répandus par le protoplasme et le tissu normal environnant, ce qui est pour Zorn (67) le phénomène le plus frappant. Pour Meirowski ce phénomène n'est pas exclusif du psoriasis, mais seulement une conséquence de l'irritation et de l'altération fonctionnelle la qualité de l'agent irritatif n'important pas (50). La formation de la kératohyaline n'est pas altérée, mais la destruction nucléaire (pycnose) empêche la kératinisation parfaite de la couche cornée. On peut dire, qu'il y a une formation plus rapide de kératohyaline mais la topographie n'étant pas normale car les cellules qui renferment cette substance sont détruites ou peuvent l'éliminer avec leurs nucléoles. Le fait qu'on peut considérer comme essentiel dans le psoriasis c'est la propagation de l'exsudat du corps papillaire vers les cellules épidermiques en provoquant des troubles fonctionnels.

Nous sommes arrivés à la fin de cette description comparative du psoriasis et de la kératodermie. Nous devons dire finalement qu'il y a identité entre les lésions cutanées et articulaires, en ce qui concerne la pathogénie et les altérations anatomiques primordiales.

Le processus cutané pourrait s'assimiler au processus qui se déroule dans les muscles et les articulations, abstraction faite des variétés topographiques. Les substances qui provoquent le syndrome agiraient à travers la paroi des capillaires, sur le tissu conjonctif. La réaction de ce tissu donnerait lieu au tableau morbide. On pourrait comprendre, de cette façon la présence simultanée

des altérations articulaires et cutanées. Les données statistiques confirment cette manière de voir : 36 o/o du nombre total de psoriasiques montrent des altérations articulaires à l'examen radiographique, selon Zorn (67). D'autre part, toutes les soi-disant kératodermies gonococciques s'accompagnent aussi, selon Langer (34) de lésions articulaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. ADASOM. — *Zbl. f. Haut. u. Gschkh.*, Bd. **30**, H. 1/2.
2. ASCHOFF. — *Med. Gesellschaft. Freiburg i. Br. Sitzung*, 21 novembre 1933.
3. ASCHOFF. — *Dtsh. med. Wschr.*, 1934, n° 1.
4. BALOG. — Cité par BERSON.
5. BAUER und VOGL (A.). — *Klin. Wschr.*, 1931, n° 37.
6. BERNHARDT. — *Zbl. f. Haut. u. Gschkh.*, Bd. **17**, s. 528.
7. BERSON und MATUSHOW. — *Dermat. Wschr.*, 1931, n° 25.
8. BETTMANN. — *Arch. f. Dermat.*, Bd. **165**, H. 4.
9. BIZZOZERO. — *Ann. Derm. et Syphiligr.*, 1923, p. 510.

9 *bis*. COLE. — *Arch. f. Dermat.*, Bd. **26**.

10. DARIER, cité par GADRAT. — *Ann. de Derm. et Syphiligr.*, 1933, p. 1040.
11. DITTRICH. — *Handbuch* de JADASSOHN, Bd. XX/2.
12. DU BOIS. — *Acta Dermato-Venereologica*, 1924, p. 1.
13. ENKE. — *Spezielle Pathologie*. IV. Ergänzungsband du livre de BRUGSCH, 1930.
14. FASAL. — *Dermat. Ztschr.*, 1933.
15. FELDMANN. — *Arch. of Dermat.*, **27**, p. 889.
16. FURECZ. — *Zbl. f. Haut. u. Gschkh.*, Bd. **11**, s. 122.
17. GADRAT. — *Ann. Derm.*, 1933, n° 4.
18. GANS. — *Histologie der Hautkrankheiten*, Bd. **1**, s. 280. Springer, 1925.
19. GAYER. — *Arch. of Dermat.*, **27**, p. 894.
20. GAZA. — *Klin. Wschr.*, 1927, n° 1.
21. GJORJEVIC. — VIIIe Congrès international de Copenhague, 1930. *Comptes rendus des séances*. Engelmen et Schrœder, Copenhague, 1931, p. 1156.
22. GRUTZ. — *Arch. f. Dermat.*, 1934, Bd. **170**, H. 2.
23. GRUTZ und BURGER. — *Klin. Wschr.*, 1933, n° 10.
24. HERMANN. — *Arch. f. Dermat.*, 1930, Bd. **160**, s. 114.
25. HEBOLL. — *Zbl. f. Haut. u. Gschkh.*, **34**, s. 763.
26. JIMENEZ-DIAZ. — *Anales de la clinica*, 1932-1933, p. 443.
27. KELLER. — *Dermat. Wschr.*, 1931, n° 44.
28. KERCHKHOFF. — *Zbl. f. Haut. u. Gschkh.*, Bd. **30**, s. 206.
29. KLINGE. — *Münch. med. Wschr.*, 1933, s. 1838.
30. KLINGE. — *Klin. Wschr.*, 1930, s. 586.

31. Klinge. — *Münch. med. Wschr.*, 1931, n° 38.
32. Kowarski. — *Münch. med. Wschr.*, 1934, s. 443.
33. Küpper. — *Klin. Wschr.*, 1930, s. 2187.
34. Langer. — *Handbuch* de Jadassohn, XX/2.
35. Leven. — *Zbl. f. Haut. u. Gschkh.*, Bd. **25**, s. 1.
36. Lohe-Rosenfeld. — *Derm. Ztschr.*, 1929, Bd. **55**, H. 5/6.
37. Lojander. — *Acta Dermato-Venereologica*, note de Berson.
38. Memmensheimer. — *Zbl. f. Haut. u. Gschkh.*, Bd. **25**, s. 49.
39. Meinicki. — *Dermat. Wschr.*, 1933, Bd. **97**, n° 48.
40. Milian. — *Bull. Soc. Derm.* (note de Nenon), 1933, p. 470.
41. Mitschel. — *Arch. of Dermat.* (note de Berson).
42. Mondor. — *Les arthrites gonococciques*. Paris, Masson, 1928.
43. Nadel. — *Arch. f. Dermat.*, 1934, Bd. **170**, H. 2.
44. Nobl. — *Handbuch* de Jadassohn, Bd. VLI/1.
45. Leszczinski. — *Zbl. f. Haut. u. Gschkh.*, Bd. **14**, s. 59.
46. Pasini. — *Giornale italiano di Derm.*, 1934, s. 75.
47. Périn. — *Bull. Soc. franç. dermat.*, 1930, p. 226.
48. Pessano. — *Zbl. f. Haut. u. Dermat.*, Bd. **45**, s. 182.
49. Pulay. — *Dtsch. med. Wschr.*, 1929, s. 1175.
50. Racinowski. — *Zbl. f. Haut. u. Gschkh.*, Bd. **43**, p. 512.
51. Scomazzoni. — *Giornale italiano di Derm.*, 1931, p. 716.
52. Schamberg. — *Zbl. f. Haut. u. Gschkh.*, Bd. **16**, s. 319.
53. Schrader und Faber. — *Münch. med. Wschr.*, 1933, s. 1043.
54. Schreiner. — *Dermat. Wschr.*, 1932, n° 15.
55. Siemens. — *Handbuch* de Jadassohn, Bd. **3**, s. 156.
55 *bis*. Slarek. — *Zbl. f. Haut. u. Gschkh.*, Bd. **32**, H. 1/2.
56. Slyker. — *Arch. of Derm.*, **26**, 684.
57. Szilvari. — *Dermat. Wschr.*, 1932, n° 34.
58. Spindler. — *Arch. f. Dermat.*, 1933, Bd. **169**, s. 418.
59. Tryb. — *Arch. f. Dermat.*, 1934, Bd. **170**, H. 3.
60. Veil. — 28 deutscher Orthopadischenkongress, *Münch. med. Wschr.*, 1933, s. 1757.
61. Wight. — *Zbl. f. Haut. u. Gschkh.*, Bd. **29**, H. 5/6.
62. Winnicka. — *Zbl. f. Haut. u. Gschkh.*, Bd. **26**, s. 696.
63. Winnicka. — *Zbl. f. Haut. u. Gschkh.*, Bd. **25**, s. 787.
64. Wirz. — *Münch. med. Wschr.*, 1933, s. 1045.
65. Wirz. — *Münch. med. Wschr.*, 1933, s. 335.
66. Zellner. — *Münch. med. Wschr.*, 1928, s. 903.
67. Zorn. — *Das Problem der Psoriasis*, 1932. Voss, Leipzig.
68. Zorn. — *Dermat. Wschr.*, 1933, Bd. **96**, H. 3.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PIGMENTATION DES PLAQUES PELADIQUES

Par MM. Fr. WORINGER et R. THÉE

(Travail de la Clinique des maladies cutanées de la Faculté de Médecine de Strasbourg Directeur : Professeur L.-M. Pautrier (1)).

A la suite des travaux approfondis de Sabouraud sur la Pelade, travaux que peu de notions nouvelles sont venues compléter, nous nous proposons dans ce travail d'apporter, au moyen de méthodes de laboratoire récentes, une contribution, encore que modeste; à l'étude de la pigmentation dans la plaque peladique.

Si les questions relatives à l'origine de la distribution et l'évolution du pigment dans le cuir chevelu et le cheveu ont fait depuis une quarantaine d'année l'objet de nombreuses investigations cliniques et histologiques, l'étude systématique des perturbations pigmentaires dans la pelade n'a été entreprise que ces toutes dernières années.

Sabouraud considère ces troubles de la pigmentation comme « une partie primordiale et essentielle de tout le processus peladique » et leur consacre une place importante dans son étude de l'alopécie en aires. Ses constatations précises nous indiquent la voie dans laquelle nos recherches doivent s'engager.

CONNAISSANCES ACTUELLES SUR LA PIGMENTATION DANS LA PELADE

En effet, Sabouraud, auquel il convient de se référer en pareille matière, insiste à plusieurs reprises dans son étude de la Pelade

(1) N.-B. — Un travail de Lévy-Franckel et Caillau sur les réactions du réseau tropho-mélanique dans la pelade ayant paru dans le numéro de mai 1935 des *Annales de Dermatologie*, je tiens à préciser que les recherches de mes deux élèves sont antérieures à ce travail, qu'en particulier la thèse de Thée sur le même sujet a été passée en janvier 1935 et que le mémoire publié aujourd'hui résume des expériences poursuivies depuis deux ans dans mon service.

L.-M. Pautrier.

sur les modifications pigmentaires accompagnant le processus peladique et leur alloue une importance « primordiale et essentielle ». En nous décrivant la genèse et l'évolution de la plaque et des cheveux peladiques, il a soin de souligner, en fin de chaque chapitre, ses constatations portant sur le trouble pigmentaire clinique et histologique.

D'un point de vue **clinique** les observations de la surface cutanée d'une plaque peladique, tant au début qu'au stade d'état, permirent à Sabouraud de se convaincre d'une diminution de la pigmentation qui, selon lui, « ne manque jamais ». Sabouraud considère comme une règle la leucodermie de la plaque alopécique, leucodermie qui avait déjà été observée par Devergie et Bazin.

Au début la plaque est blanche, propre et lisse d'après Sabouraud. Elle ne présente aucune lésion de surface, mais déjà Blaschko aurait constaté à son niveau une réaction inflammatoire commençant avant la chute des cheveux. La plaque à son début pourrait donc être rose.

Au stade d'état, l'examen systématique de la surface cutanée des plaques amena Sabouraud à décrire leur « blancheur remarquable... devenue uniforme sur toute leur surface ». Cette blancheur serait d'autant plus apparente qu'elle contraste avec la teinte du cuir chevelu environnant. Plus loin, « cette leucodermie est aisément perceptible à l'œil et souvent elle est très marquée ». Mêmes constatations au niveau des plaques peladiques de la barbe rasée, où « non seulement la leucodermie est plus visible mais s'accompagne parfois d'une surpigmentation, d'une hyperchromie des régions circonvoisines et non peladiques ».

D'après Sabouraud, la blancheur de la plaque, plus accusée par contraste chez les personnes au teint floride, relève d'abord pour une grande part de la chute des cheveux et de leur racine pigmentée. Dès lors les follicules de la zone déglabrée étant déshabités, cette zone s'affaisse constituant la plaque « en sou-coupe ». A ce stade d'hypochromie relative, consécutive à la chute des bulbes et, vraisemblablement, à un certain degré de vaso-constriction concomitante, succéderait bientôt une diminution progressive et réelle de la quantité de mélanine épidermique. Dans de vieilles plaques on aboutirait ainsi à une dépigmentation de la partie peladique du cuir chevelu, et Sabouraud constate qu'à la

longue « l'épiderme des surfaces peladiques s'atrophie, et surtout ses fonctions pigmentaires s'atténuent jusqu'à disparaître ».

Pour conclure retenons que la grande majorité des auteurs à la suite de Sabouraud, décrivent cliniquement la plaque alopécique comme étant déjà à son début généralement plus pâle ; en outre cette plaque serait d'une blancheur accusée remarquable, d'ivoire même, à son stade d'état. Ces mêmes auteurs mettent sur le compte d'une disparition progressive et complète du pigment mélanique cette leucodermie des téguments peladiques. Nous confronterons plus loin ces données avec nos constatations personnelles.

Genner par contre, dans une étude très poussée de la pelade, en conteste la leucodermie ; cet auteur constate que « la peau des plaques est tout à fait naturelle, ou du moins ne diffère pas de la peau environnante » et considère la pâleur de la plaque observée par d'autres auteurs comme une illusion d'optique.

Dans la plaque peladique les troubles pigmentaires s'observent non seulement en surface, mais dans la profondeur et là en particulier au niveau des bulbes pileux comme le montre l'examen des cheveux auxquels ces bulbes donnent naissance. Ce trouble pigmentaire profond reflèterait d'ailleurs le bouleversement lésionnel général qui doit se passer dans la plaque peladique.

Situant dans le temps et dans l'espace les altérations de la fonction pigmentaire, Sabouraud les fait débuter au niveau de la « papille » (lisez bulbe). L'auteur, pour légitimer son opinion, cite un fait qui, selon lui, semblerait prouver abondamment que le trouble pigmentaire de la « papille » est « le premier en date de tous ceux que l'on peut observer dans la pelade » : « Lorsqu'une pelade survient au milieu d'une chevelure grisonnante, il est très remarquable de voir la plaque déjà parfaitement dessinée n'avoir perdu que ses seuls cheveux noirs, alors que ses cheveux blancs sont au moins partiellement conservés. Ils finissent souvent par tomber aussi, mais tardivement et souvent on les voit demeurer sur place sans que le processus semble les avoir atteints ». Pour l'auteur ce phénomène n'aurait pas été souligné comme il convient. Ainsi la fonction pigmentaire du bulbe semblerait, d'après Sabouraud, être la première victime du processus peladique. Comme au stade de guérison, les altérations pigmentaires sont les dernières

en date à s'amender ; il s'ensuit que la pathologie du pigment « encadre » la maladie peladique du cheveu.

Ces altérations pigmentaires du cheveu se manifestent de manière différente suivant le stade de la plaque et la forme de cheveu alopécique — caduc, « peladique », cadavérisé — à laquelle on s'adresse. Ces trois variétés de cheveux que l'on peut isoler dans la majorité des cas de pelade, présentent à divers degrés, des altérations tissulaires et pigmentaires que nous ne décrirons pas ici et qui atteignent leur degré maximum dans les bols pilaires de Sabouraud.

De nombreuses observations montrent combien ces modifications pigmentaires peuvent être profondes et durables. Si dans la majorité des cas, nous assistons à la repousse de cheveux normalement colorés, les troubles pigmentaires n'en sont pas moins très fréquents. En définitive ces troubles du pigment peuvent présenter lors de la repousse les modalités suivantes :

1) Plusieurs ébauches apigmentées avortent successivement avant l'installation d'une repousse définitive, achromique au début, mais évoluant plus ou moins rapidement vers un cheveu d'aspect normal, ne se distinguant bientôt des cheveux environnants que par sa brièveté.

2) Après un stade généralement prolongé, de gros cheveux résistants, d'un blanc d'argent, recouvrent progressivement la plaque. Leur croissance régulière et continue ne s'accompagne d'aucune repigmentation. Ainsi, certaines mèches blanches en pleine chevelure pigmentée ou une canitie complète sont les reliquats parfois définitifs d'une plaque alopécique ou d'une pelade décalvante. On comprend que devant cet aspect Cazenave ait pu superposer, chez les individus jeunes en particulier, pelade et vitiligo.

3) Une hyperpigmentation de la repousse est très exceptionnelle et a été observée par Oppenheim et Brehmeyer. Ce phénomène de surcompensation est passager et traduit l'effort des éléments mélanogènes.

4) Cependant, le plus fréquemment la restitution complète se produit : c'est la régénération de cheveux normalement pigmentés sur les plaques déglabrées. La guérison se manifeste souvent dès le second mois par l'apparition d'un duvet fin, lanugineux, blanc ou très faiblement pigmenté, analogue au duvet de repousse

physiologique (Genner). Cette régénération des cheveux commence soit au centre, soit à la périphérie, soit encore uniformément sur toute la surface de la plaque. Le cheveu progressivement gagne en consistance et se charge de mélanine jusqu'au retour à la taille et à la coloration primitives. Dans le cas où une chevelure suffisamment longue nous le permettra, il nous sera possible de constater une coloration plus intense du bout proximal que du bout distal du cheveu de repousse. Or il est intéressant de rapporter à cette occasion les quelques rares cas observés par With, Genner et Darier. Dans ces cas, un certain nombre de cheveux poussant sur des plaques peladiques en voie de guérison, présentaient une coloration distale normale avec une achromie totale de la partie proximale du cheveu. With considère ces cheveux comme ayant été simplement effleurés, « léchés » par le processus peladique qui les a blanchis sans que la chute s'ensuive.

Les auteurs s'accordent, Genner excepté, nous l'avons vu, pour conférer à la plaque peladique au stade d'état la blancheur de l'ivoire. Ces mêmes auteurs appuient cette constatation clinique d'une autre ***histologique :*** la diminution puis la disparition du pigment mélanique dans l'épithélium malpighien des plaques alopéciques, ainsi que des troubles pigmentaires dans les follicules pileux du territoire peladique.

La leucodermie de la plaque peladique, dit Sabouraud, est « due à la raréfaction du pigment mélanique... ». L'histologie lui montre que « les premiers troubles perceptibles de la peau, dans la pelade, sont des troubles pigmentaires promptement suivis d'une raréfaction du pigment de la couche malpighienne ». Gans, dans son *Histologie des Maladies de la Peau* s'exprime d'une façon plus absolue encore et fait ressortir, dans le chapitre traitant de la pelade, « la carence complète de pigment dans les couches basale et supra-basales pendant toute la durée du processus pathologique ». Galewsky est du même avis ; il mentionne la diminution progressive du pigment allant jusqu'à l'achromie de toute la surface cutanée de la plaque et fait persister cette carence de pigment au delà du début de la repousse. Après avoir affirmé que toute trace de pigmentation normale a presque entièrement disparu dans les cellules malpighiennes et que cette achromie « ne manque jamais ». Sabouraud concède qu'elle est « plus facile à deviner

à l'aspect objectif de la peau qu'à retrouver sur une coupe. Car une raréfaction pigmentaire », dit-il encore, « peu visible sur un ou deux rangs de cellules, peut se traduire à l'œil nu, sur la lésion intacte, par une décoloration très marquée. Mais ici, cette difficulté n'existe pas tant la raréfaction pigmentaire est marquée ».

Dès le début de la maladie, « tous les éléments de la papille (lisez bulbe) se montrent criblés de pigment, et non seulement ces granulations pigmentaires remplissent les couches épidermiques de la papille, mais entre leurs cellules et au-dessous d'elles, dans la cavité presque virtuelle du néo-follicule, se montre un nuage de granulations pigmentaires extravasé, diffus, extra-cellulaire ». Puis, dans les plaques anciennes, Sabouraud constate au niveau des bulbes une disparition du pigment et il en déduit logiquement la repousse achromique des cheveux. Aucune allusion de ce genre dans le récent *Handbuch für Haut und Geschlechtskrankheiten*. Les études des auteurs portent en général davantage sur le pigment de la tige que sur celui de la racine des différentes variétés de cheveux peladiques.

Le cheveu qui, au début du processus peladique, devient caduc, est un cheveu dont la racine a été profondément altérée et ses fonctions brusquement inhibées. La pigmentation du cheveu n'aura donc, *a priori*, pas changé.

Par contre le « cheveu peladique » présente des perturbations considérables dans la répartition de son pigment. Tandis qu'à son extrémité supérieure, « il est toujours très fortement coloré, plus coloré que les cheveux normaux » (Sabouraud), sa base étranglée est achromique, terminée par un bulbe atrophié et « sec » ; son extrémité distale massuée et effilochée en épi, généralement très pigmentée, rend son identification facile. S'observant de préférence en bordure de la plaque chauve ces cheveux doivent être considérés comme ayant d'emblée subi le processus peladique moins intensément ; leur mort est moins brutalement consommée. Le « cheveu peladique » est un cheveu à l'agonie. Aussi de son extrémité pénicillée à sa base, son diamètre diminue-t-il progressivement ainsi que sa pigmentation.

En définitive presque tous les auteurs, sauf Genner, sont d'accord avec Sabouraud pour admettre d'importants troubles pigmen-

taires dans la plaque peladique, troubles pigmentaires qui touchent la mélanogénèse autant au niveau de l'épiderme qu'au niveau des bulbes pilaires. La pelade mérite donc comme le suggère Sabouraud lui-même des recherches approfondies de la pigmentation et de la pigmentogénèse.

RECHERCHES PERSONNELLES

L'observation directe du pigment dans les plaques de pelade, à des stades différents de la maladie semble toujours avoir été pour les auteurs le point de départ exclusif de leurs discussions et déductions. A cette observation directe du pigment constitué, les réactions vitales comme la Dopa-réaction de Br. Bloch sont venues nous apporter un appoint considérable en permettant l'étude de la fonction pigmentaire.

Aussi la méthode de Bloch présente-t-elle un intérêt particulier dans tous les cas où l'on est amené à supposer une fonction mélanogène profondément troublée, en l'occurrence dans les cas de pelade. Or à notre connaissance la Dopa-réaction et certaines techniques spécifiques pour l'étude du pigment ne semblent pas avoir été appliquées à l'étude histologique des plaques peladiques.

Nous avons donc essayé de contribuer à combler cette lacune du chapitre de l'histologie de la pelade, sinon pour trouver des faits inédits, du moins pour serrer de plus près le problème pigmentaire qu'elle présente. A cet effet, nous avons entrepris l'étude de la fonction mélanogène et du pigment figuré dans 13 cas de pelade.

Lors des biopsies de cuirs chevelus peladiques nous avons eu préalablement la curiosité d'examiner cliniquement les plaques déglabrées, de noter leur aspect, leur coloration et de rapprocher ensuite le résultat de nos constatations de la description classique que nous fournit Sabouraud. Disons de suite que dans l'appréciation de teintes et de colorations, le facteur individuel intervient en général à un haut degré. Ici par contre il ne s'agit en somme que de constater si une plaque est franchement leucodermique, d'une blancheur remarquable d'ivoire, comme la décrit Sabouraud, de teinte naturelle et sensiblement identique à celle des autres parties du cuir chevelu, ou encore rose et d'apparence érythémateuse,

comme l'a constaté Blaschko dans quelques cas. Lors de notre examen, nous avons éliminé tous les cas antérieurement traités.

Il résulte de cet examen que dans presque la totalité des cas, les plaques peladiques de la tête présentaient une coloration tout à fait ou sensiblement normale, aussi bien chez les individus jeunes que chez les adultes, et à tous les stades de la maladie. La plaque était généralement propre, lisse, mais ne frappait par aucune modification de couleur, en plus ou en moins, de son cuir chevelu. Tout au plus les plaques déglabrées étaient-elles, par contraste, infiniment plus apparentes chez les bruns que chez les blonds.

Trois cas firent exception ; un ophiasis, une pelade décalvante partielle et une autre totale. Dans le cas G. 48, l'aire ophiasique présentait une teinte nettement plus pâle, un aspect plus exsangue et dépigmenté que les plaques du vertex du même sujet. Hypochromie également marquée dans les cas G. 52 et F. 358.

Il semblerait donc — nous nous rappelons notamment deux pelades décalvantes totales non mentionnées au tableau — que si l'achromie clinique existe, on l'observe de préférence sur de vastes étendues déglabrées. Ajoutons que nous n'avons pas vu intervenir l'âge du processus peladique dans la coloration de la plaque, des aires peladiques de cinq mois, du vertex, présentant la même coloration normale que d'autres plus jeunes.

Quant à la coloration des plaques après traitement par applications médicamenteuses ou par la lampe de quartz, elle est généralement franchement érythémateuse, comme la thérapeutique, du reste, le prévoit. La repousse s'étant fait longtemps attendre l'irradiation ultra-violette a eu dans un de nos cas (F. 215) comme résultat l'apparition de taches pigmentaires de teinte café au lait du type des éphélides.

En ce qui concerne le reste de nos constatations cliniques, nous n'avons rien trouvé qui n'ait déjà été abondamment décrit et rapporté.

Nous avons étudié la pigmentation de ces 13 cas de pelade, par l'histologie, d'une part sur des coupes à la paraffine à l'aide de l'argentation de la mélanine avec le nitrate d'argent ammoniacal de Fontana et d'autre part sur des coupes à congélation traitées par la dopa-réaction.

Au début de nos recherches nous avons cru devoir pratiquer le

prélèvement en pleine lésion peladique du cuir chevelu, au centre d'une aire qui nous paraissait autant par son aspect que par sa localisation, typique pour le cas donné. A ce moment nous avions donné, dans la mesure du possible, la préférence aux plaques qui nous paraissaient évolutives. Par la suite, soucieux d'établir une opposition plus apparente, entre cuir chevelu peladique et téguments normaux du crâne, nous avons trouvé un avantage à pratiquer la biopsie en bordure de la plaque. De cette manière nous avions non seulement sous les yeux un terme de comparaison direct provenant du même malade, mais encore la possibilité d'étudier des formes d'extension de la maladie et de passage entre tissu sain et tissu peladique. Des plaques à des stades différents furent biopsées et examinées de cette façon.

Dans le but d'établir des témoins qui devaient par la suite nous faire éviter l'erreur de considérer comme peladiques des phénomènes ou processus normaux, nous avons étudié la fonction pigmentaire sur 11 cuirs chevelus normaux. La série ainsi constituée comprend des cuirs chevelus prélevés sur 3 cadavres et sur 8 malades des deux sexes, au cours d'interventions sur le crâne. L'âge des sujets biopsés s'échelonne entre 9 mois et 76 ans et la teinte de leurs cheveux varie du blond très clair au châtain foncé.

Les phénomènes pigmentaires dans le cuir chevelu normal. — Le premier fait qui nous a frappés dans l'examen histologique de cuirs chevelus normaux, ce fut de constater que d'une façon générale le cuir chevelu présente, par comparaison avec l'épiderme d'autres régions du corps, une pigmentation bien moins accusée.

Tandis que la couche basale de la peau glabre présente d'ordinaire, après l'argentation, une pigmentation plus ou moins intense mais généralisée à toute son étendue, la majorité des cuirs chevelus observés par nous ne présentaient à un faible grossissement qu'une pigmentation inégale, par îlots, de leur couche génératrice. De larges étendues paraissaient ainsi ne présenter aucune trace de mélanisation, tandis que de place en place, s'accumulaient des cellules toujours modérément tatouées de pigment, formant de véritables nids. Cependant lorsqu'on examine la même région basale à un grossissement plus fort et avec un éclairage approprié, on voit que la mélanisation de la région basale est presque continue, que la plupart des cellules sont légèrement tatouées de pigment, qui

se dispose d'ailleurs souvent en arborisations fines. Dans quelques cas, à vrai dire, nous avons pu constater, à un faible grossissement déjà, une mélanisation généralisée à toute la couche germinative.

Dans tous nos cuirs chevelus nous constatons que le derme participe à la pigmentation par la présence de chromatophores en quantités variables.

De même que l'épiderme contient dans sa couche germinative des mélanoblastes dendritiques, de même le bulbe du cheveu présente des cellules mélanogènes dans l'aire matricielle.

D'après nos coupes, l'image d'un cheveu normalement pigmenté

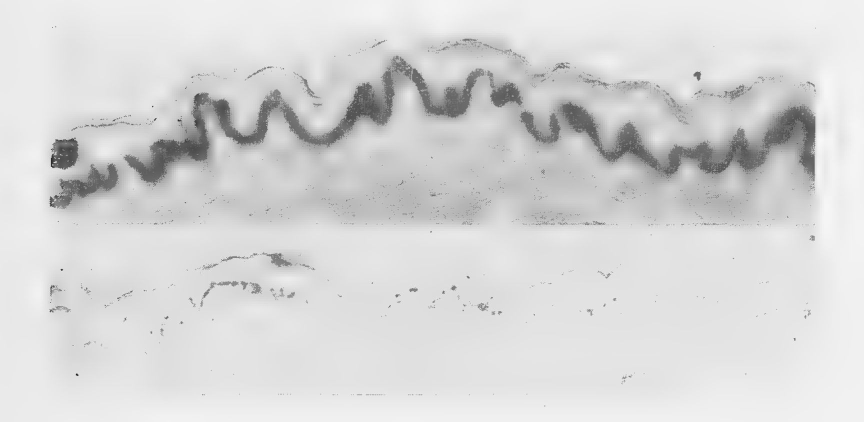


Fig. 1. — Microphoto de la Dopa-réaction épidermique de deux cuirs chevelus normaux (F 456 et F 469). A titre comparatif avec la figure suivante (Gross. 50 diam.).

Cette figure, ainsi que la suivante, montrent la présence en quantité normale de mélanoblastes, autant dans le cuir chevelu normal que dans la pelade.

Dans certains exemples, ne pas tenir compte de la coloration noire très intense ; il s'agit (surtout 1, exemple de fig. 1) d'une diffusion non spécifique de la Dopa-réaction au delà du territoire strict des mélanoblastes (Auslaugungshof de Miescher) mais l'on se rend néanmoins compte que la numération à peu près exacte des mélanoblastes a pu se faire.

présente à considérer un bulbe bourré de manière plus ou moins dense de granulations pigmentaires à arêtes vives, de teinte brun chamois ne tatouant normalement que les cordons cellulaires cortico-médullaires du cheveu et une tige qui donne en général l'apparence d'être plus modérément pigmentée que le bulbe. L'argentation met bien en évidence les différentes phases de l'évolution pigmen-

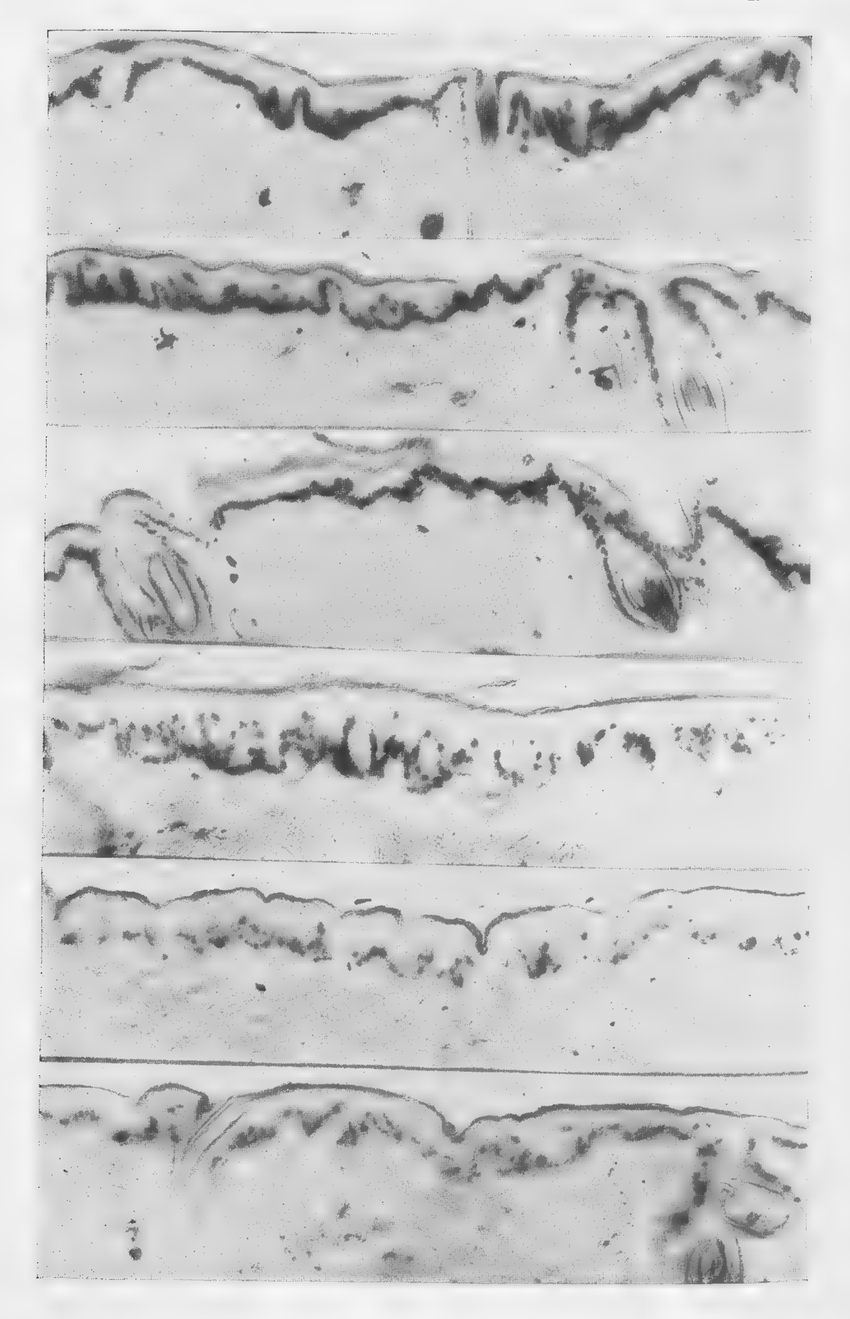


Fig. 2. — Microphoto de la Dopa-réaction épidermique de 6 cas de pelade (de haut en bas : G 43, G 52, G 26, F 358, F 493, G 45) (Gross. 50 diam.).

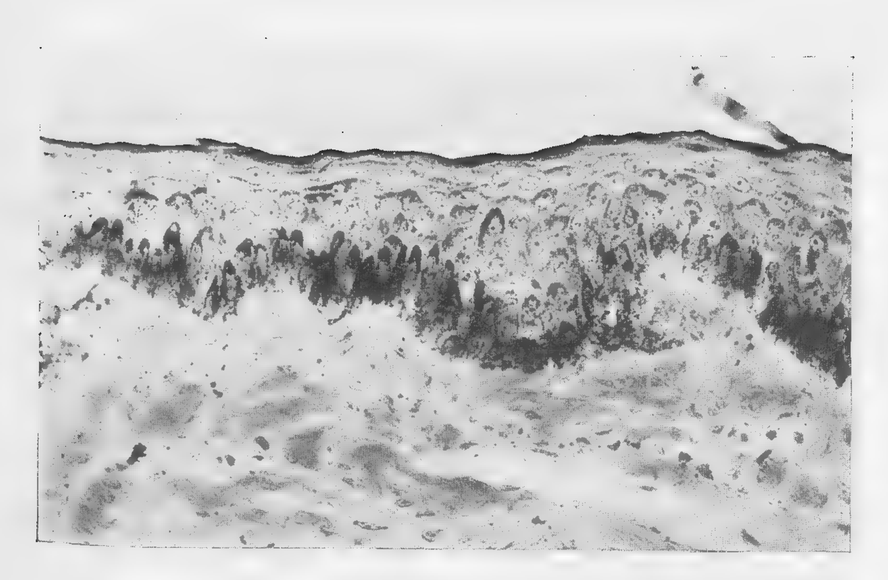


Fig. 3 (F 257). — Microphoto d'un épiderme peladique (Argentation au Fontana avec coloration du fond au Trichrome Magenta-Picrocarmin d'indigo de Cajal ; même coloration pour les 3 figures suivantes).
Le cas (F 257) montre notre appréciation + + + (Gross. 380 diam.).

Fig. 4 (F 215). — Microphoto d'un épiderme peladique.
Le cas (F 215) montre notre appréciation + + (Gross. 380 diam.).

taire dans les cellules du bulbe. Elaborée par les mélanoblastes très ramifiés du bulbe, la mélanine est distribuée aux cellules cortico-médullaires et tatoue régulièrement leur protoplasme. Vers le milieu du bulbe le pigment intracellulaire s'amasse en calottes supra-nucléaires analogues à celles des cellules épidermiques, pour enfin retrouver sa distribution homogène dans les cellules fusiformes de l'écorce et celles cubiques de la moelle.

La présence de pigment dans la papille du follicule pileux paraît



Fig. 5 (G 32). — Microphoto d'un épiderme peladique.
Ce cas (G 52) montre encore notre appréciation + + (Gross. 380 diam.).

être physiologique et l'évolution de la mélanine du cheveu peut en effet se produire autant vers les cellules constituant le cheveu que vers la papille.

Dans tous nos cas la dopa-réaction a donné un résultat satisfaisant la logique, qui veut qu'un cuir chevelu normalement pigmenté présente des mélanoblastes en activité. Ceux-ci se reconnaissent facilement grâce à leur dopa-mélanine, et à leurs prolongements dendritiques ou étoilés. Ni la forme, ni le nombre des mélanoblastes permettent de conclure à un degré défini de l'activité mélanogène.

Il peut y avoir peu de pigment élaboré et des mélanoblastes très dendritiques, ou inversement des mélanoblastes collabés et peu dendritiques, accompagnés d'une mélanine très abondante après argentation. Comme la morphologie seule ne pouvait nous fournir que des renseignements douteux sur l'intensité de la mélanogénèse, nous avons eu l'idée d'établir le nombre de mélanoblastes dopa-positifs

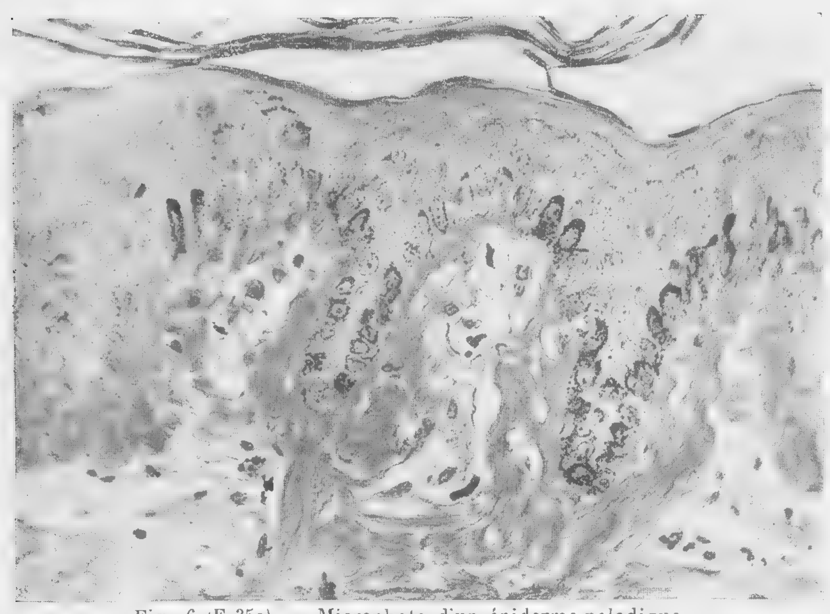


Fig 6 (F 350). — Microphoto d'un épiderme peladique.
Ce cas (F 350) montre notre appréciation +.
Remarquez que des plages de la basale ne sont pas pigmentées et font ressortir, surtout à droite, un îlot pigmentaire.
Nous n'avons pas pu photographier un cas que nous apprécions — +, cette appréciation du pigment ne ressortant pas sur la photographie (Gross. 380 diam.).

par millimètre d'épiderme. En dénombrant les mélanoblastes sur des coupes choisies de même épaisseur, nous avons ainsi constitué un test numérique précis de la mélanogénèse (1).

(1) Le test numérique de la mélanogénèse s'établit de la manière suivante. Après avoir calculé, au moyen d'un micromètre oculaire, la longueur exacte d'une coupe de cuir chevelu, en tenant compte des plicatures de sa surface, l'on effectue la numération de tous les éléments mélanogènes dopa-positifs de la couche basale et des entonnoirs folliculaires. Une simple division nous donne ensuite le nombre de mélanoblastes dopa-positifs par millimètre de longueur. Nous avons toujours effectué cette numération sur un nombre de coupes équivalent au moins à 5 centimètres d'épiderme du même cas.

Nous constatons sur des cuirs chevelus normaux que le nombre des éléments est en relation assez nette avec leur morphologie qui est d'autant plus dendritique que ce nombre est élevé, d'autant moins différenciée que ce nombre est bas. Mais le facteur numérique ne semble pas lié à la quantité de pigment élaboré, de rares mélanoblastes très actifs pouvant, le cas échéant, produire davantage de pigment qu'un grand nombre de mélanoblastes au repos. Il faut donc toujours tenir compte de la confrontation de deux images, l'une donnée par la dopa-réaction, l'autre par l'argentation.



Fig. 7. — Microphoto de la Dopa-réaction d'une coupe de pelade (G 52) montrant, sur la bordure normale, un cheveu à bulbe franchement Dopa-positif (Gross. 50 diam.).

Dans un cheveu normal, la dopa-réaction n'est positive que dans le bulbe. Les nombreuses ramifications des gros mélanoblastes de la matrice s'anastomosent aux dendrites des mélanoblastes situés en plein bulbe. Le dopa-pigment masquant tout, il est très difficile d'observer les détails cellulaires d'un bulbe dont l'activité mélanogène est normale. Les mélanoblastes isolés ne s'observent distinctement que dans les bulbes dont la fonction pigmentaire est diminuée, comme dans le cas d'une calvitie sénile au début.

Fig. 8 (F 351). — Microphoto de la Dopa-réaction d'une coupe de pelade (F 351), montrant une réaction nettement positive dans un bulbe qui est atteint du processus peladique. En effet, la racine du follicule est entourée d'une gangue d'infiltrat reconnaissable à la Dopa-réaction non spécifique propre aux leucocytes.
En plus, le cheveu issu de ce bulbe présente les caractéristiques d'un cheveu peladique avorté (Gross. 100 diam.).



Fig. 8.

Nous avons résumé l'étude de la pigmentation dans nos cuirs chevelus normaux dans un tableau synoptique. Nous opposons à ce premier un deuxième tableau comportant nos constatations histologiques faites dans les 13 cas de pelade.

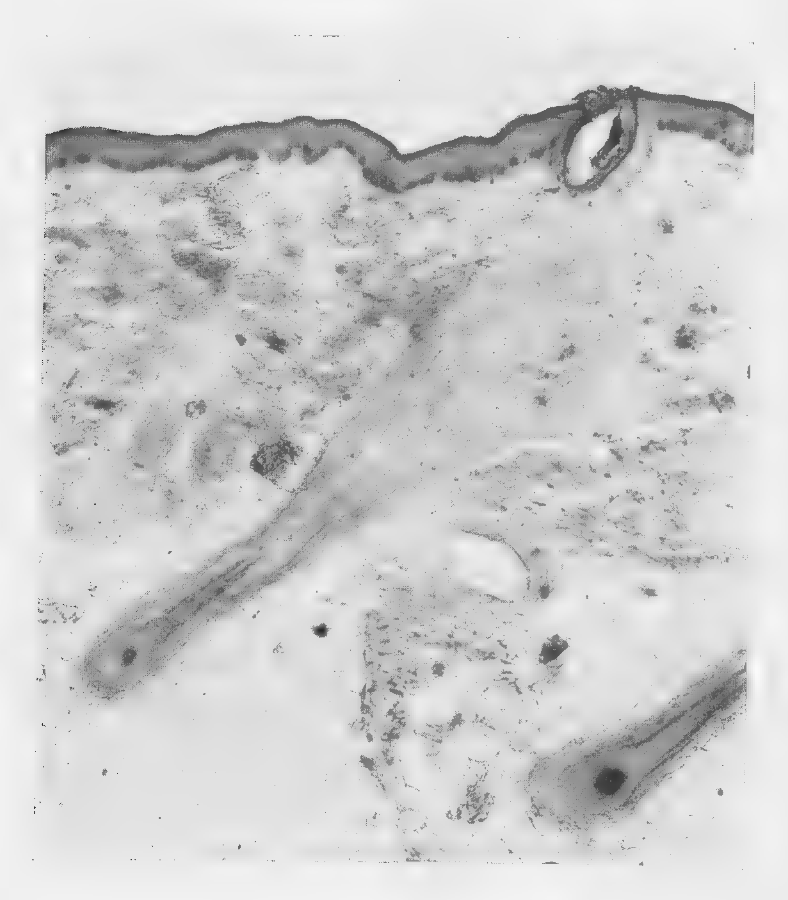


Fig. 9 (F 257). — Microphoto de la Dopa-réaction d'une coupe de pelade (F 257), montrant deux bulbes Dopa-atténués. La réaction positive des mélanoblastes épidermiques témoigne que cette atténuation n'est pas à mettre sur le compte d'une Dopa-réaction échouée (Gross. 50 diam.).

Ce second tableau récapitulatif nous autorise à entreprendre d'emblée une étude d'ensemble de nos 13 cas de pelade.

Le pigment épidermique dans la plaque peladique. — Nos

13 cas de pelade présentent quantitativement, dans leur ensemble, une pigmentation normale. Cette constatation représente un des résultats importants de notre enquête. En effet, de l'avis presque unanime des auteurs, la pelade entraîne la disparition complète du pigment malpighien et de la fonction pigmentaire des régions cuta-

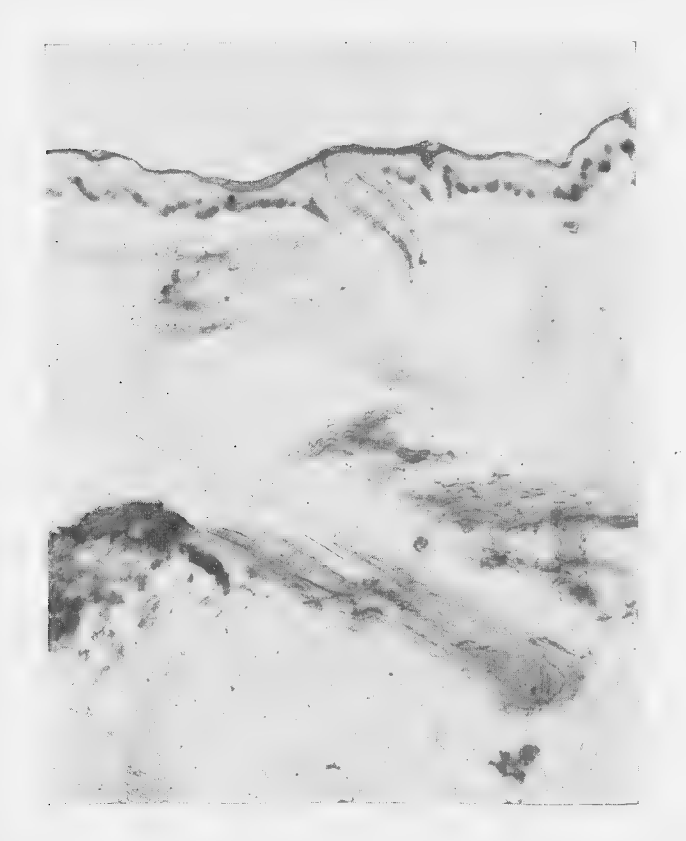


Fig. 10 (F 257). — Microphoto de la Dopa-réaction du même cas de pelade (F 257) montrant un bulbe complètement Dopa-négatif; conservation de la Dopa-réaction des mélanoblastes épidermiques (Gross. 50 diam.).

nées atteintes. Si nous pouvons opposer à l'avis autorisé de ces auteurs un résultat aussi contradictoire, c'est qu'il nous semble que le pigment dans les plaques de pelade n'a jamais fait l'objet de recherches méthodiques et que l'opinion de certains auteurs est fondée en partie sur des préjugés, comme le pense Genner.

Ayant apprécié de la même manière l'abondance de la pigmentation épidermique dans le cuir chevelu normal comme dans les téguments peladiques, nous avons constaté dans ces derniers tantôt la même répartition discontinue en îlots, de la mélanine malpighienne (+), tantôt une pigmentation continue, généralisée à toute la cou-



Fig. 11. — Microphoto d'un cuir chevelu normal dont la coupe a été imprégnée à l'argent de Fontana (comme les 3 figures suivantes) avec la coloration du fond au trichrome de Cajal. Le bulbe nous montre une pigmentation que nous considérons comme normale et superposable à une Dopa-réaction franchement positive. Ne pas tenir compte de la coloration noire intense de la tige du cheveu, due non pas à la présence de mélanine, mais à la coloration rouge que prennent tous les tissus kératinisés avec le procédé de Cajal, coloration rouge qui n'impressionne pas la plaque photographique (Gross. 110 diam.).

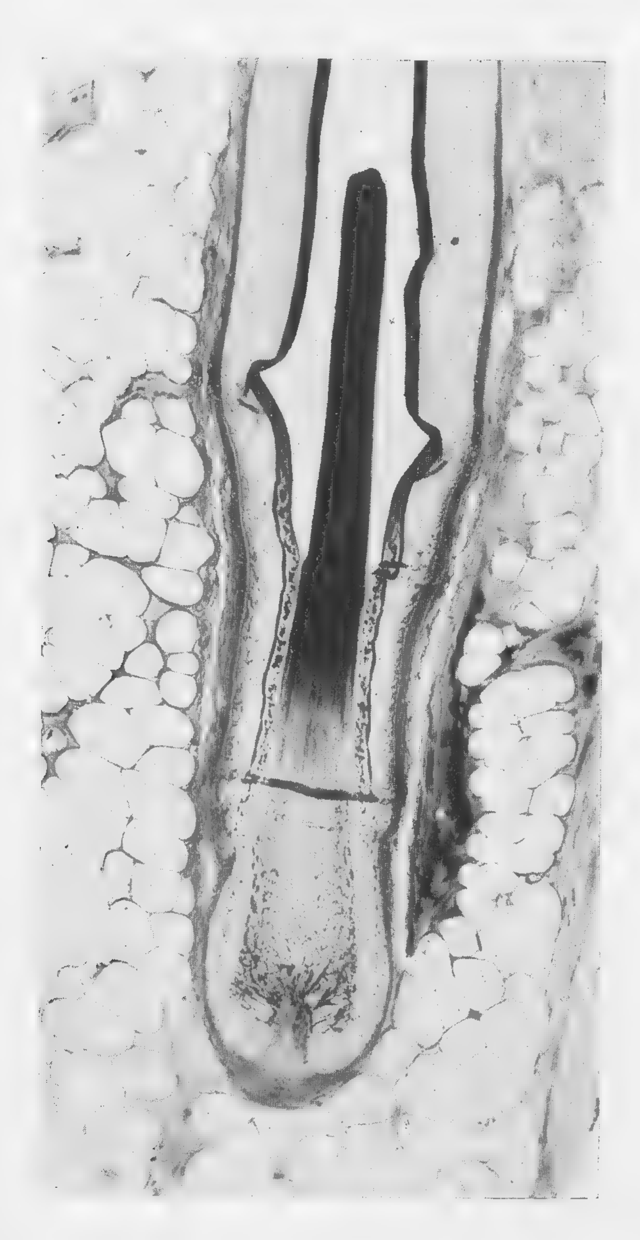


Fig. 12 (G 26). — Microphoto d'une coupe de pelade (G 26), montrant dans un bulbe une pénurie de mélanoblastes et de pigment. Cette image peut, à notre avis, se superposer à une Dopa-réaction atténuée. Voir remarque de la figure précédente.

I. Tableau synoptique des cuirs chevelus normaux

Sexe, âge, rég. biops. N° d'ordre	Remarques cliniques	Dopa-réaction		Argentation (appréc. quant.)			
		Test numér., morpholog. des mélanobl. épidermiques	Nombre des bulbes pos.	Epiderme	Chromatophores	Cheveux, bulbe, matrice	Papille
♂ 7 ans, vert. F. 385	ch. chât., mort de périt. app.	41, très dendritiques		++	+	+	−+
♂ 16 ans, vert. F. 386	ch. chât., drus, longs, mort : cause inconnue	46, très dendritiques	tous	+	+	++	−+
♂ 5 ans, par. F. 445	ch. blonds soyeux, opér. mastoïde	38, dendritiques, quelques étoilés	tous	++	++	+	−+
♀ 49 ans, par. F. 448	ch. chât. foncés, frisés, opér. mast.	51, dendritiques, quelques étoilés	tous	+	+	++	+
♀ 24 ans, vert. F. 449	ch. chât. foncés, chute après rayon X, rep. clair, tum. céréb.	35, peu dendritiques	tous	+	+	++	++
♀ 2 ans, par. F. 455	ch. blonds, mastoïde			++	+	+	+
♂ 14 ans, occ. F. 456	ch. blonds, kyste	83, peu dendritiques	tous, quelques-uns faiblement +	+++	+++	+	+
♂ 43 ans, vert. F. 461	ch. chât. foncés, drus, secs. Excision de plaie	23, rares dendritiques	tous	+	+	++	+
♂ 9 mois, par. F. 462	ch. blonds soyeux. Mastoïdite	40, la plupart très dendritiques	tous mais faiblement +	+	−+	+	−+
♂ 14 ans, par. F. 469	ch. bruns et drus, mastoïdite	57, très dendritiques	tous	−+	++	+	−+
♂ 76 ans, vert. G. 9	rares chev. presque blancs soyeux, mort d'infection urinaire	11, pas de dendritiques	rares bulbes très faiblement + tous les autres négatifs	−+	−+	rares +	+ un peu dans les gaines

II. Tableau synoptique des cuirs chevelus peladiques

Sexe, âge. N° d'ordre	Etendue de la pelade, siège de la biops.	Remarque clin. Durée. état actuel, trait.	Dopa-réaction: Epiderme Impr. subj. Morpholog.	Dopa-réaction: Test num.	Dopa-réaction: Bulbes nég.	Dopa-réaction: Bulbes pos.	Argentation: Epid.	Argentation: Chromatophore	Argentation: Cheveu, bulbe, matrice	Argentation: Papille
♂ 10 ans. F. 215	Ophias., 8 pl., occ. Centre	8 ans, rep. blanche. Traité	++ étoilés quelq. dendr.		tous		++	++	—+	—+
♂ 16 ans. F. 243	plus. pl., nuque. Centre.	2 m., pas de rep. évol. arr. Tr. 8 j.	+		en partie	très faiblement	+	+	+	—+
♂ 8 ans. F. 257	1 pl., vertex. Centre	10 m., très lég. rep. achr., chev. pelad. Tr. 15 j.	++		en partie	très faiblement	+++	++	—+	—+
♂ 12 ans. F. 350	plus. pl., bordure	5 m., fin duvet de rep. colorée, sauf au sommet. Non traité	++	62		tous	+	+	+	+
♀ 26 ans. F. 351	1 pl., vertex, bordure	2 m., pas de rep., cheveux peladiq. Non traité	+ étoilés et dendritiques	42	quelques presq. nég.	en majorité	+	—+	—+	—
♂ 18 ans. F. 358	décalvante totale, vertex	9 ans, velléités de rep. faibl. dorée, jamais tr.	++ étoilés, peu dendritiques	68	en majorité	peu ou point	+	+	—	—
♀ 24 ans. F. 493	5 pl., vertex, nuque temp.-par., bordure	2 m., pas de rep., cheveux pelad. Non traité	+ peu dendritiques	37	Nombreux	peu	+	+	+	+
♂ 13 ans. G. 26	7 pl., vertex, fronto-pariét., bordure	2 ans, guéri, rechute 2 m. Très lég. rep. blonde chev. pelad. Traité	++ étoilés et dendritiques	100	Nombreux	quelques-uns	—+	+	+	—+
♂ 45 ans. G. 28	plus. pl, sommet, bordure	7 mois, rep. blanche périph. précoce (1 mois après début). Traité	—	0	tous		—	+	—	+
♂ 19 ans. G. 43	plus. pl., confluent, nuque, temp.-pariét. bordure	3 ans, guéri, rechute 3 m. Repousse pigm. Traité	+++ très dendritiques	55	rares	rep. posit.	+	+	+	
♀ 22 ans. G. 45	2 pl., vertex, bordure	5 sem., duvet achr., chev. pelad. Traité	++ peu dendritiques	37	quelques compl. nég.	en partie	++	+	+	+
♀ 9 ans. G. 48	Ophiasis, pl., multip.. centre	12 mois. Non traité	—+ rares dendritiques	31	en partie	en partie	+	—+	—+	
♂ 31 ans, G. 52	décalvante presque totale, pl. dans la barbe, bordure	5 mois. Traité	+++ très dendritiques	67		très faiblement	++	+++	+	+++

che germinative (++), tantôt une pénurie pigmentaire dans la basale (—+). Comme dans le cuir chevelu normal, la répartition habituelle (+) du pigment épidermique ne semble pas déterminée.



Fig. 13 (G 28). — Microphoto d'une coupe de pelade (G 28), montrant un bulbe complètement dépourvu de mélanine. Cette dernière peut se voir à l'état de traces dans la papille. Cette image correspond, à notre avis, à un bulbe Dopa-négatif (Gross. 110 diam.).

Fig. 14 (F 257). — Microphoto d'un cas de pelade (F 257), montrant, cette fois, non plus des follicules anciens, dont le bulbe est profondément implanté dans le tissu adipeux sous-dermique, mais des néo-follicules situés plus superficiellement.

Absence totale de mélanine dans les 3 bulbes que l'on peut voir, alors que l'argentation a mis en évidence la mélanine épidermique. Dans ce cas, il s'agit d'une repoussée achromique histologique (Gross. 110 diam.).



Fig. 14.

chez les peladiques, par l'âge, le sexe, ou la teinte du cheveu (cf. F. 243, 350, 351, 358, 493, G. 43 et 48). Dans quelques cas (F. 215, G. 45 et 52), nous avons retrouvé la mélanisation continue, visible au faible grossissement.

Une seule plaque peladique (F. 257) a présenté une pigmentation très intense (+ + +) s'étendant sur plusieurs couches de l'épiderme, analogue à celle constatée dans le cas normal F. 456. Dans les deux cas, les sujets sont jeunes et blonds, mais tandis que chez F. 456 la localisation à la nuque pouvait expliquer, d'après Bloch, cette hyperpigmentation, le phénomène est moins aisé à interpréter au niveau du vertex peladique.

Deux cas enfin sont nettement hypo-pigmentés (G. 26 et 28). Les problèmes divers que nous posent l'un ou l'autre cas, en particulier G. 28 et sa fonction pigmentaire si profondément troublée, seront discutés ultérieurement en même temps que les rapports entre pigmentation et fonction pigmentaire épidermiques. Dans tous les cas les raisons apparentes de sénilité invoquées pour le cas G. 9 du premier tableau, n'ont évidemment plus cours dans un cas comme G. 26.

Le pigment dermique. Les chromatophores. — Dans leur ensemble les chromatophores présentent quantitativement cette constance relative que nous leur avons trouvée chez nos témoins normaux. Les chromatophores semblent conserver dans la pelade des rapports de quantité normaux, avec le pigment épidermique.

La fonction pigmentaire épidermique. Dopa-réaction. — La fonction pigmentogène est maintenue dans les plaques peladiques. Cette deuxième constatation importante confirme la première concernant la présence en quantités normales de mélanine dans l'épiderme des plaques.

Dans les plaques jeunes, la dopa-réaction positive nous autorise à affirmer que la mélanine constatée dans l'épiderme n'est pas le reliquat d'une mélanogénèse antérieure au début clinique de la maladie, mais le produit de mélanoblastes encore fonctionnels en plein stade d'état.

Dans les vieilles plaques la même réaction positive permet de conclure au parallélisme certain entre fonction mélanogène et mélanine élaborée. En effet si la réaction était positive en l'absence complète d'une mélanogénèse active et réelle — comme cela s'ob-

serve au niveau de certaines muqueuses — la mélanine épidermique aurait été éliminée rapidement et définitivement au fur et à mesure du renouvellement des couches malpighiennes.

La capacité mélanogène dans l'épiderme peladique n'est donc pas seulement potentielle et la preuve d'une mélanogénèse active et efficiente dans les plaques peladiques de tout âge est ainsi fournie.

Dans les plaques peladiques, comme du reste dans les téguments sains, nous constatons cependant habituellement d'un cas à l'autre des degrés d'intensité fort différents entre la pigmentation réelle et la fonction pigmentogène de l'épiderme.

Il paraît impossible avec les méthodes employées, d'établir quelque relation entre la quantité de pigment basal et la morphologie, tantôt très dendritique, tantôt à peine étoilée des mélanoblastes, et ceci aussi bien dans les cuirs chevelus sains que dans les peladiques.

La numération des mélanoblastes dans l'épiderme peladique effectuée sur des coupes de même épaisseur que les témoins, a donné un nombre moyen par millimètre plus élevé que dans les téguments normaux. Nous discuterons le rôle éventuel du traitement dans cette majoration.

Nous retrouvons par contre le parallélisme assez apparent entre la morphologie dendritique ou étoilée et le nombre des mélanoblastes dopa-positifs. Nous constatons comme dans le cuir chevelu normal, qu'à un nombre élevé d'éléments mélanogènes correspond une morphologie plus différenciée de ces derniers.

Tige et bulbe pilaires. — En étudiant de nombreuses coupes, l'on voit que d'une manière générale la pigmentation du cheveu est profondément troublée dans la pelade. Si les mélanoblastes de l'épiderme semblent en quelque sorte ignorer le processus peladique — nous verrons plus loin jusqu'à quel point — la mélanogénèse du follicule pileux en accuse nettement l'atteinte. Ici nous rejoignons donc les constatations de Sabouraud et de tous les auteurs qui, comme lui, se sont attachés à l'étude de la pelade.

Le simple examen de notre deuxième tableau nous indique que la pigmentation des cheveux a subi un trouble général plus ou moins accusé selon le cas.

De manière générale nous constatons que la dopa-réaction est

soit positive dans tous les bulbes pileux du même cas, soit positive dans certains bulbes seulement, enfin soit complètement négative.

Dans les follicules dopa-négatifs, l'argentation au Fontana ne révèle que peu ou pas de pigment, parfois dans les parties supérieures du follicule seulement, ce qui permet de penser que quelque temps auparavant le bulbe était encore capable de mélanogénèse.

Dans les follicules dopa-positifs, ou bien nous constatons un peu de mélanine, ou bien, ce qui peut paraître curieux, toute mélanine fait défaut malgré la réaction positive. Bien que nous connaissions, au niveau de certaines muqueuses, des exemples de capacité mélanogène latente, nous penchons plutôt, dans ce cas, pour une reprise imminente de la pigmentogénèse. En effet, dans aucun cas de canitie physiologique ou peladique absolue, nous n'avons pu constater la coïncidence prolongée d'une achromie et d'une dopa-réaction positive.

Dans quelques bulbes pileux adultes, enfin, nous voyons encore une dopa-réaction positive, mais nous assistons à son involution. Au lieu de constater une réaction noirâtre intense épousant les contours du bulbe et dans laquelle il est impossible de distinguer les mélanoblastes les uns des autres, nous voyons que la réaction se limite à quelques cellules peu nombreuses.

Lésions histologiques concomitantes. — Constatons que l'épiderme des plaques peladiques ne présente histologiquement aucune modification notable. Des différences de son épaisseur d'un cas à l'autre, peuvent relever, comme dans le cuir chevelu normal, d'un facteur individuel.

Le derme présentait régulièrement en profondeur des perturbations histologiques qui ne devaient présenter pour nous qu'un intérêt secondaire, d'autant plus que tout ce que nous avons pu constater, nous l'avions déjà relevé dans la magistrale étude de Sabouraud : infiltrations lympho-histiocytaires autour des racines folliculaires et autour des vaisseaux, glandes sébacées souvent hypertrophiées, kystes pileux et raréfaction ou atrophie des follicules.

A ce sujet, nous savons que, dans la pelade, les racines profondes des bulbes pileux sont détruites lentement et se reconstituent par bourgeonnement, plus exactement par métaplasies régénératives, pour former de nouveaux bulbes. Dans toutes nos coupes à la

paraffine, nous reconnaissons ce processus qui se manifeste par une destruction lente du bulbe pileux profond entouré d'un infiltrat lympho-histiocytaire. Le massif malpighien du follicule qui a échappé à la destruction forme un nouveau bulbe. Que se passe-t-il au point de vue mélanogénèse dans ces bulbes néo-formés ? La plupart d'entre eux ont une dopa-réaction négative, d'ailleurs la repousse est souvent achromique comme on le sait. Mais dans d'autres jeunes bulbes la dopa-réaction est positive sans que nous ayons pu déterminer s'il s'agit là d'une émigration des mélanoblastes du bulbe primitif ou de l'épiderme, ou de l'apparition spontanée de nouveaux mélanoblastes.

En résumé, le fait qui mérite d'être relevé dans ce qui précède c'est l'involution de la pigmentation uniquement au niveau des bulbes pileux. La pigmentogénèse de l'épiderme reste normale. Dans les bulbes pileux il y a de gros troubles de la mélanogénèse. Celle-ci est inhibée. Mais ce trouble pigmentaire des bulbes folliculaires n'est certes pas définitif, et nous voyons apparaître dans certains de nos cas, une reprise de la fonction pigmentogène qui se traduira cliniquement tôt ou tard par une repousse progressivement plus colorée, ou par une repousse colorée d'emblée.

Discussion. — Si pour nos recherches nous n'avions eu à notre disposition que des plaques très jeunes, biopsiées quelques jours après leur apparition clinique, la constatation d'une pigmentation normale au niveau de leur épiderme n'aurait présenté qu'un intérêt très relatif ; il eut alors été permis de penser que le trouble pigmentaire ne s'était pas encore manifesté au moment de notre intervention.

Cet argument tombe lorsqu'il s'agit de plaques peladiques qui, comme les cas que nous présentons, datent de 7, 9, 12 mois et même de plusieurs années. La disparition du pigment épidermique qu'auraient observée des auteurs comme Sabouraud, Galewski, Gans, nous ne l'avons jamais retrouvée, mais nous avons tout au contraire remarqué que la pigmentation épidermique se trouvait être dans quelques cas de plaques peladiques vieilles, supérieure à la normale.

Même si, ultérieurement, des méthodes plus précises devaient révéler certaines fluctuations que subirait la pigmentation de l'épi-

derme au cours de la pelade, il ne reste pas moins vrai pour nous que la dépigmentation progressive des plaques peladiques n'existe pas.

Plusieurs de nos cas avaient été traités avant notre biopsie. L'on peut se demander dans quelle mesure un traitement préalable, surtout actinique, de la pelade influe sur la quantité de pigment épidermique, sur la mélanogénèse et sur le nombre des chromatophores observés dans le fragment de peau biopsiée.

Nous ne pouvons apprécier cette influence que dans l'ensemble des cas. Or l'examen du tableau ne nous révèle pas de relation suivie entre le traitement et l'intensité de la mélanogénèse ; il est donc difficile d'interpréter le rôle du traitement dans la pigmentation épidermique. Cependant il est possible et vraisemblable que la pigmentation s'accentue par le traitement.

La biopsie en bordure nous a permis dans la majorité des cas, de contrôler le pigment dans les régions non peladiques du cuir chevelu. Autant dans les cas traités que dans ceux qui ne l'avaient jamais été, aucune différence dans la pigmentation épidermique entre le côté sain et le côté peladique ne fut constatable.

Nous jugeons du reste plus importante la constatation d'une fonction pigmentée somme toute normale dans les plaques non traitées, que celle d'une diminution ou d'une élévation du taux du pigment dans une plaque traitée. En plus nous tenons à signaler que les deux épidermes hypochromiques (G. 26 et G. 28) de notre série de pelades subirent tous les deux un traitement intensif.

Conclusion : une augmentation du pigment épidermique dans la pelade, sous l'influence du traitement, est probable, mais non absolument certaine. Par contre, les chromatophores semblent en accuser les effets, dans le sens d'une augmentation.

Le pigment papillaire dans la pelade paraît, à première vue du tableau II, moins abondant que dans les cas normaux. Il faut cependant remarquer que la papille examinée appartenait souvent à des bulbes néo-formés dans lesquels la mélanogénèse n'était que très peu ou point apparente.

Dans quelques cas, il nous a semblé que le pigment papillaire paraît être la résultante de deux facteurs : la pigmentogénèse bul-

baire d'une part, la tendance moins accusée du pigment bulbaire à évoluer vers la tige du cheveu, d'autre part. Nous avons constaté à différentes reprises l'image suivante : très faible mélanogénèse dans la matrice, repousse blanche, présence de pigment dans la papille.

Si des cas plus nombreux devaient confirmer cette constatation, nous devrions conclure que dans les cas de repousse blanche un réveil de la mélanogénèse ne signifie pas encore une recoloration des cheveux. Le pigment, en partie ou en totalité, pourrait en effet évoluer vers la papille. Il s'ensuit que la reconstitution du cheveu et le retour de la fonction mélanogène seuls, ne suffisent pas pour créer un cheveu normal de repousse, mais que la mélanisation de la tige du cheveu dépend d'un facteur X. Ce facteur inconnu nous devrions peut-être le rechercher dans la structure du cheveu de repousse ou au niveau des mélanoblastes bulbaires.

Il nous serait impossible de formuler un pronostic de l'évolution de la pelade en tablant uniquement sur nos constatations histologiques pigmentaires dont la signification et la portée clinique exacte nous sont inconnues encore.

Mais connaissant, pour les avoir suivis, l'évolution clinique de la plupart de nos cas de pelade et reconnaissant, par conséquent, leur forme tantôt grave, tantôt bénigne, il paraît théoriquement possible d'en déduire la valeur clinique de certaines de nos images histologiques. L'épiderme ne semblant pas participer au processus peladique, nous envisagerons la question du seul point de vue pilaire.

Nous relaterons avant tout que les cas de pelade grave avérée se signalent par une absence de mélanogénèse dans les bulbes (F. 215 et F. 358).

Dans les cas cliniquement bénins (évolution rapide vers la guérison), nous voyons que même en l'absence d'une repousse clinique, les bulbes néo-formés et peut-être certains bulbes anciens présentent une faible mélanogénèse. Cette image histologique correspondrait donc à un processus de guérison. Mais nous avons vu également que, dans certains cas, la mélanine néo-formée des bulbes semble évoluer vers la papille au lieu de pigmenter la tige. Dans ces cas la pigmentogénèse naissante ne sera pas suivie d'une coloration de la repousse.

Il semble donc vraisemblable que la guérison clinique est précédée d'une reprise de la mélanogénèse et que, dans les cas où on la constate, on peut *a priori* prévoir une guérison. Celle-ci cependant dépend en dernier ressort de la croissance normale du cheveu et de l'évolution normale du pigment vers la tige. Nous concluons cependant avec Sabouraud à la « précarité des renseignements que nous donne l'étude histologique de la pelade », en ajoutant que l'étude de la fonction pigmentogène ne peut guère nous être utile pour un pronostic de l'affection.

Pelade et vitiligo. — Seul le cas G. 28 diffère entièrement de toutes ces conclusions ; il mérite par les faits très singuliers qu'il présente une mention particulière. Nous rapportons donc en entier son observation clinique et histologique :

G. 28. — Homme de 45 ans. Cheveux châtains. Il y a 7 mois, apparition de plusieurs plaques de pelade au vertex, dénudant bientôt tout le sommet de la tête. Traité précocement — 1 mois après le début du processus — repousse achromique discrète débutant à la périphérie de l'aire déglabée. Le malade vient consulter 6 mois après, ses cheveux ayant repoussé mais étant restés blancs. Examen général et dermatologique : sans particularité. Pas de dyschromies cutanées.

Biopsie en bordure comprenant cheveux pigmentés normaux et cheveux achromiques de repousse.

Constatations histologiques :

Épiderme. — Presque totalement dépigmenté ; quelques rares granulations visibles par places, au fort grossissement. Fonction mélanogène abolie (Dopa-réaction négative), même dans la région des cheveux noirs.

Derme. — Présence de chromatophores en quantité moyenne.

Cheveux et bulbes. — Cheveux normaux : pigmentés et dopa-positifs. Cheveux de repousse : dépourvus de pigment. Leur bulbe est entièrement dopa-négatif, mais la papille présente quelques éclaboussures de pigment.

Pas d'autres lésions histologiques.

L'évolution des troubles de la fonction pigmentaire dans le cas G. 28 se présente clairement : extinction précoce de toute fonction mélanogène épidermique et pilaire au niveau de toute la région affectée par la maladie. Elimination du pigment épidermique résiduel. La mélanogénèse ne se rétablissant pas : achromie de l'épiderme, achromie de la repousse. G. 28 se détache donc nettement de nos autres cas de pelade.

Ce cas soulève la question fort discutée de la parenté entre pelade et vitiligo. En particulier Sabouraud, puis Genner et d'autres, décrivent cette association fréquente, trop fréquente à leur avis pour qu'elle soit le fait d'une simple coïncidence. Comme tous les auteurs modernes d'ailleurs, Sabouraud est loin d'homologuer les deux affections, confusion commise par Cazenave.

Jordan, Werther, Siemens, Feulard, Dubreuilh, Goerl, Besnier, entre autres, ont décrit de nombreux cas d'association de pelade et de vitiligo ; l'examen de ces cas autorise d'emblée une classification basée sur l'époque à laquelle apparut l'une des affections par rapport à l'autre. Avec Heuss, de Zurich, nous distinguerons donc trois éventualités différentes : 1° Pelade sur vitiligo (Feulard, Dubreuilh, Sabouraud) ; 2° Pelade suivie de vitiligo ou d'un pseudo-vitiligo (Heuss) ; 3° Pelade et vitiligo (Goerl, Besnier).

1° La première modalité est loin d'être rare. Un cuir chevelu vitiligineux, avec une ou plusieurs mèches dépigmentées, peut subir le processus peladique, mais les taches vitiligineuses et des régions saines du cuir chevelu deviennent à la fois peladiques, sans qu'il y ait superposition du vitiligo avec la pelade. Genner, analysant de nombreux cas de coïncidence vitiligo-pelade, est amené à conclure que dans certains de ces cas, une genèse commune aux deux affections doit être envisagée; dans la majorité des cas observés par lui, cependant, la pelade paraît évoluer indépendamment des lésions vitiligineuses. Celles-ci seraient atteintes facultativement par l'alopécie, et la repousse se produirait de la même manière au niveau des taches de vitiligo qu'en dehors d'elles. La repigmentation seule diffère : l'habituelle repousse blanche post-peladique se repigmente souvent, les cheveux vitiligineux de repousse pour ainsi dire jamais.

2° Heuss classe sous le titre « Pelade suivie de vitiligo » les repousses blanches circonscrites post-peladiques. Pour cet auteur, repousse blanche et canitie présénile sont les formes symptomatique et physiologique d'un vitiligo relevant, comme la pelade, d'un même trouble pathogène indéterminé. Bien entendu en l'ignorance de la cause réelle de l'une et l'autre de ces affections et en l'absence de tests de nature quelconque, cette manière de voir est toute gratuite et n'a que la valeur d'un simple rapprochement.

3° Enfin pelade et vitiligo peuvent apparaître simultanément chez

l'homme, sans que, dans ce cas, le facteur coïncidence puisse être complètement écarté. Infiniment plus impressionnantes sont les conclusions de certaines tables généalogiques (Goerl). L'hérédité semble jouer un rôle important et créer dans quelques cas un état propice à l'apparition alternative d'une pelade et d'un vitiligo. Il apparaît donc que les deux affections ont à leur origine, au moins dans certains cas, un facteur pathogène, héréditaire commun ; à ce facteur indéterminé, il convient, jusqu'à nouvel ordre, d'appliquer le terme général « terrain ».

Nous retrouvons donc cet air de famille, qui a fait dire que vitiligo et pelade se comportent comme frère et sœur, dans le fait que les mêmes facteurs étiologiques, pathogéniques, voire histologiques (Sabouraud), ont été discutés au sujet des deux affections. Une même incertitude les entoure. Aussi, Sabouraud n'hésite-t-il pas à « conjecturer que celui qui trouvera la vraie cause et le mécanisme de la pelade sera bien près de montrer la cause et le mécanisme des plaques de vitiligo ».

Notre cas G. 28 est une exemple net et frappant d'une pelade suivie ou accompagnée d'un vitiligo. La clinique pourrait nous laisser dans le doute par la difficulté de constater au niveau du cuir chevelu l'hyperpigmentation bordant la tache achromique et il était permis de penser à une repousse achromique comme séquelle durable d'une pelade. Mais l'histologie oppose nettement douze cas de pelade avec pigmentation et mélanogénèse épidermiques conservées au cas G. 28 dans lequel toute mélanogénèse épidermique a disparu. Cliniquement, mais surtout histologiquement ce cas tranche donc suffisamment sur tous les autres cas de pelade observés par nous, pour lui conférer une individualité et lui réserver dans notre étude une place spéciale.

Pelade, dépigmentation et hyperthyroïdisme. — Il n'entre pas dans le cadre de ce chapitre d'exposer la totalité des concomitances morbides chez les peladiques. Deux d'entre elles, cependant, méritent leur place ici par la multiplicité de leur caractère commun avec la pelade et par leurs particularités pigmentaires : le vitiligo que nous venons d'étudier et l'hyperthyroïdisme.

Dans l'hyperthyroïdie pathologique chez l'homme, outre les manifestations caractéristiques d'excitabilité, d'amaigrissement, de désor-

dres psychiques et nerveux, la surproduction d'hormone s'exprime fréquemment par trois catégories d'altérations du système pileux (Sainton et Peynet) : 1° chute du système pileux en totalité ou chute des cheveux en masse ; 2° chute partielle localisée avec apparition de plaques d'aspect peladique ; 3° Canitie ou blanchiment des poils.

Sainton et ses collaborateurs partant d'expérimentations faites quelques années auparavant par Parhon et Zavadovsky entreprirent l'étude systématique des altérations pigmentaires du système pileux dans l'hyperthyroïdisme. Expérimentant sur des poules et des lapins à plumage et à pelage noirs, Sainton et ses collaborateurs déterminèrent chez ces animaux une hyperthyroïdie caractéristique par l'administration, à doses variables, d'extraits thyroïdiens d'origine animale et humaine.

Les réactions générales des animaux furent, dans les grandes lignes comparables à celles observées chez l'homme. Ce qui frappa les auteurs, ce furent les modifications dans le plumage ou le pelage des animaux soumis aux ingestions et injections massives d'extraits thyroïdiens. L'action spécifique de ces derniers sur les phanères se manifestait de deux manières différentes suivant la dose d'extrait mise en œuvre : d'une part chute totale ou localisée des plumes ou des poils, d'autre part dépigmentations partielles de ces phanères.

Aux doses d'extrait faibles, Sainton constata la dépigmentation des phanères. Ce phénomène débuta dans toutes les expériences par l'extrémité distale : taches blanches à l'extrémité des plumes de l'aile chez la poule, pointes blanches d'un grand nombre de poils chez le lapin. Les phanères ont tendance à se dépigmenter totalement et l'on observe toutes les teintes intermédiaires entre le noir et le blanc.

De fortes doses d'extraits déterminent la chute. Sans vouloir entrer dans les détails d'une observation très précise, constatons avec Sainton que la chute des phanères est moins localisée chez le gallinacé que chez le lapin. Chez ce dernier de véritables plaques analogues à celles de la pelade, se dessinent en plein pelage, leurs contours sont toutefois moins nets que le sont habituellement ceux de l'aire alopécique chez l'homme.

Après cette véritable réalisation expérimentale de la canitie et de la pelade chez l'animal, il restait à suivre l'évolution des troubles ainsi constitués. Cette évolution s'apparente d'une part à celle de la

pelade, en ce sens que les phanères, plumes ou poils, tombés sont remplacés à brève échéance par une repousse parfois blanche. D'autre part, la persistance indéfinie de l'achromie de cette repousse évoque un processus vitiligineux. L'expérimentation ne rend cependant pas manifeste la relation entre basedowisme et vitiligo dont l'association a maintes fois été relevée chez l'homme : aucun des animaux d'expérience de Sainton ne présente une hypochromie cutanée localisée du type vitiligo. Néanmoins Sainton, Parhon et Desevici, se prononcent en faveur de la pathogénie commune du vitiligo et de la leucotrichie fréquente chez les Basedowiens.

Enfin, ces troubles au niveau des phanères, en particulier les dépigmentations, sont transmissibles, chez les gallinacés aux descendants, et ici encore l'analogie avec les faits cliniques observés chez l'homme s'impose.

Ainsi, les expériences de Sainton sont venues étayer l'opinion de Sabouraud, Genner et de tous les auteurs qui ont décrit cliniquement l'association fréquente entre hyperthyroïdisme et pelade. En effet, pénétré de l'importance de l'hyperthyroïdie pathologique comme agent peladogène, Sabouraud réussit dans certains cas d'alopécie en aires à dépister d'emblée un goitre fruste ou un léger basedowisme. Mieux encore, l'auteur va jusqu'à annexer la pelade au syndrome de Basedow au même titre que l'exophtalmie, le tremblement et la tachycardie.

En outre, fermant le cycle des rapports qui semblent établis entre troubles endocriniens et peladiques d'une part, entre pelade et vitiligo d'autre part, Sabouraud et Genner décrivent des cas cliniques chez lesquels coexistèrent basedowisme, pelade et vitiligo.

CONCLUSIONS

Tous ces rapprochements avec des affections apparentées nous montrent bien une relation de la pelade avec les glandes endocrines. Mais ce qui ressort spécialement de notre travail sur la pigmentation dans l'aire peladique c'est que l'épiderme dans cette dernière est normal à tous points de vue. Les recherches histochimiques de la mélanine nous ont montré que celle-ci était aussi

abondante ici que dans les cuirs chevelus normaux dont nous avons examiné de nombreux tests.

Cependant, il y a un trouble pigmentaire grave du côté des bulbes pileux, trouble pigmentaire que nous connaissons déjà cliniquement par l'existence de repousses post-peladiques achromiques et qui sont signés histologiquement par la diminution ou l'absence de mélanine au niveau de la matrice bulbaire.

A l'aide de la Dopa-réaction, nous avons constaté que l'épiderme de la plaque peladique possède un nombre normal sinon accru de mélanoblastes dopa-positifs, alors que les bulbes pileux sont soit dopa-positifs, soit dopa-négatifs, soit dopa-atténués. Le trouble pigmentaire de la pelade est donc localisé uniquement à l'appareil pilaire.

Sabouraud, Gans, Galewsky et d'autres auteurs, affirmant avoir constaté la dépigmentation épidermique dans les plaques de pelade, conféraient ainsi implicitement à cette maladie une action simultanée sur les bulbes pileux et sur l'épiderme, en un mot faisaient de la pelade une affection primitive du cuir chevelu.

Or nos conclusions tendent toutes au maintien de la pigmentation normale dans l'épiderme des plaques peladiques. Il semblerait donc que le processus peladique, à tous les stades de son évolution, n'a aucune affinité pour l'épiderme et qu'il s'attaque primitivement et exclusivement à la région des bulbes pileux. La pelade serait donc avant tout, sinon une maladie du cheveu, du moins une affection localisée au derme dans le voisinage immédiat des bulbes qui représentent d'ailleurs à tous points de vue, le centre d'attaque du processus peladique.

BIBLIOGRAPHIE

Bering. — Canities der Kopfhaare nach Trauma, *Zbl. Hautkrkh.*, **16**, p. 641.

Besnier (E.). — Sur la pelade, *Bull. Acad. Méd.*, décembre 1887. Rapp. Acad. Méd., 1888.

Bloch (Br.). — *a*) *Das Pigment, Handb. d. Haut. u. Geschkrkh.*, t. **1/1**, 1927 ; *b*) Ueber die Entwicklung des Haut-und Haarpigmentes beim menschlichen Embryo und über das Erlöschen der Pigmentbildung im ergrauenden Haar (Ursache der Canities), *Arch. f. Derm. und Syph.*, t. **135**, 1921, p. 95 ; *c*) Nouvelles recherches sur le problème de la pigmentation, *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, Réunion de Strasbourg du 13 novembre 1921.

Brehmeyer. — Dunkelfärbung nachwachsender Haare bei Alopécia areata, *Derm. Wschr.*, 1920, p. 363.

Cazenave (A.). — *Traité des maladies du cuir chevelu*, Paris, 1850.

Darier. — Cas de pelade décalvante avec canitie, guéri par la médication thyroïdienne, *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 10 juillet 1924, p. 368.

Devergie. — *Traité des maladies de la peau*, Paris, 1857.

Dubreuilh. — *a*) *Canitie, Arch. of Derm.*, **6**, 1922, n° 2, p. 23 ; *b*) Pelade nerveuse et vitiligo, *Ann. de Derm.*, 1893, p. 375.

Feulard. — Pelade décalvante et vitiligo, *Ann. de Derm.*, 1892, p. 842 ; 1893, pp. 31 et 1311.

Galewsky. — Erkrankungen der Haare und des Haarbodens, *Handb. d. Haut.-u. Geschlkrkh.*, t. **13/1**, 1932.

Gans (O.). — *Histologie der Hautkrankheiten*. Berlin, 1928.

Genner (V.). — *Études cliniques sur la pelade*. Copenhague, Levin et Munksgaard, 1929.

Giovannini. — Recherches sur l'histologie pathologique de la pelade, *Ann. de Derm.*, 1891, p. 921.

Goerl (L.). — Vitiligo, Alopécia areata, *Derm. Wschr.*, 1934, n° 2, p. 58.

Heuss (E.). — Abnorme Fälle von Alopécia, *Monatch. f. prakt. Derm.*, 1896, p. 632.

Jankowsky (W.). — Beitrag zur Frage der Haarpigmente, *Verh. Ges. phys. Anthrop.*, t. **6**, 1932, p. 66.

Jordan (A.). — 140 Fälle von Alopécia areata, *Derm. Wschr.*, **80**, 1925, n° 3, p. 85.

Klauder. — Sudden withening of the hair after mental stress, *Arch. of Neur.*, **24**, 1930, pp. 415-416.

Lespinne. — A propos de la pelade, *Bull. Soc. belge de Derm. et de Syph.*, t. **3**, 1903, n° 3, p. 76.

Metschnikoff (E.). — Sur le blanchissement des cheveux et des poils, *Ann. de l'Institut Pasteur*, t. **15**, 1901.

Naegeli. — Beobachtungen beim Ergrauen der Haare im Hinblick auf die z. Zt. herrschenden théoretischen Anschauungen, *Schwz. med. Wschr.*, 1933, n° 51.

Parhon (C. J.) et Desevici (M.). — Sur l'association du syndrome de Basedoœ avec le vitiligo ; contribution à l'étude de la pathogénie des dyschromies cutanées, *Rev. fr. d'endocrin.*, 1929, n° 7, pp. 12-21.

Peck. — Zur Pigmentgenese in der Haut und den Haaren von Kaninchen, *Arch. f. Derm. u. Syph.*, t. **157**, 1929, p. 234.

Perutz. — Die Pharmakologie der Haut., *Handb. der Haut.-u. Geschkrkh.*, t. **5/1**, 1930, p. 154.

Pontoppidan. — Vitiligo, maladie de Basedow et sclérodermie, *Soc. Derm. Dan.*, mars 1926.

Rayer. — *Traité des maladies de la peau*, t. **3**, p. 733.

Riehl. — Zur Kenntnis des Pigmentes im menschlichen Haar, *Vierteljschr. f. Derm. u. Syph.*, 1884.

Robinson. — Pathologie und Therapie der Alopecia areata, *Monatsh. f. pr Derm.*, t. **7**, 1888, pp. 735 et 771.

Sabouraud. — *a*) *Pelades et alopécies en aires*. Paris, Masson et Cie, 1929 ; *b*) Études sur les origines de la pelade, *Ann. der Derm.*, 1896 ; *c*) Sur le cheveu peladique, *Bull. Soc. fr. Derm.*, 8 janvier 1922.

Sainton et ses collaborateurs. — *Bull. Soc. Méd. des Hôpit.*, 19 mars

1926, p. 493 et *Bull. Soc. franç. de Derm. et Syph.*, 1928, pp. 22 et 471 ; 12 juin 1930, pp. 681 et 684.
SCHOENHOF. — Canities præmatura acuta, *Zbl. Hautkrkh.*, **10**, p. 641.
SIEMENS. — Vitiligo bei 30 jährigen Mann, *Münchn. Derm. Ges.*, 26 mai 1922.
THÉE. — Étude de la pigmentation dans les plaques peladiques, *Thèse de Strasbourg*, 1935.
WERTHER. — Endocrine Zusammenhänge bei Hautkrankheiten, *Arch. f. Derm.*, 1926, p. 179.
WITH. — Distally dark, proximally white hair with a 12 years girl with alopécia areata, *Forhandl. ved Nord. Derm. Forenings*, 4 Möde, 1922, p. 135.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en juillet 1935.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Le traitement de la syphilis, par H. Martenstein et H. Gougerot. *Annales des Maladies Vénériennes,* année **30**, nº 7, juillet 1935, p. 431.

Le professeur Gougerot a résumé ici le rapport présenté par le professeur H. Martenstein chargé par la Société des Nations de faire une enquête dans cinq pays sur le traitement de la syphilis. Le rapport collationne plus de 25.000 fiches. Le fait le plus important qui se dégage est la supériorité du traitement *continu.* Chaque cure ne doit pas être séparée par un intervalle de plus de quatre semaines. On peut dans l'ensemble malgré de petites différences de détail distinguer un certain nombre de faits :

1° Reconnaissance de l'efficacité remarquable du 606. Pour compenser l'action plus faible du 914, ou des préparations similaires on tend à porter la dose par injection à 0,6 gramme et fréquemment à 0,7 ou 0,9.

2° Groupement des injections de préparations arsenicales qui se succèdent à intervalles plus ou moins rapprochés au début du traitement.

3° Doses totales à chaque cure relativement faibles.

4° Pour les femmes, dose totale relativement inférieure à celle de l'homme.

5° Administration du bismuth : dose par injection (0,3 gr. de Bi métallique), par cure 3 à 4 grammes.

6° Intervalles entre chaque cure relativement courts.

7° Tendance à traiter la syphilis primaire séro-négative comme les autres stades de la syphilis précoce.

La régularité de l'administration des médicaments est d'une importance capitale pour le succès du traitement.

G. fait suivre les conclusions de recommandations générales et d'exemples types de traitement. Une bibliographie par nation des publications récentes de chaque pays. H. Rabeau.

Le traitement des épididymites gonococciques par le Dmelcos, par R. Zorn. *Annales des Maladies Vénériennes,* année **30**, nº 7, juillet 1935, p. 494.

232 malades ont été traités par le Dmelcos associé à la septicémine par voie intraveineuse ; 3 injections de Dmelcos et 8 à 10 de septicé-

mine suffisent. La durée de l'hospitalisation est réduite : dans 94 o/o des cas elle est de moins de 25 jours, dans 77,15 o/o, elle est de moins de 10 jours. Ces chocs par le Dmelcos sont très bien supportés.

H. RABEAU.

Observations ultérieures de l'allergie spécifique de la peau dans la gonorrhée, par E. M. LÉVINE, M. LÉVINE, Mlle LÉVINE et M. J. FINK. *Annales des Maladies Vénériennes,* année **30**, n° 7, juillet 1935, p. 502.

Les auteurs ont comparé la réaction cutanée allergique d'une part, les résultats de la réaction de Bordet-Gengou pratiquée avec un antigène spécifique d'autre part. Ayant déterminé le mode de réaction des sujets sains à l'injection intradermique, ils ont éprouvé 47 malades par les deux méthodes. Dans 13 cas sur 15 des malades atteints de gonorrhée avec complication il y a parallélisme entre les deux résultats. Ils concluent que ces injections intradermiques peuvent être considérées comme l'un des modes de diagnostic dans la gonorrhée.

H. RABEAU.

Bubon mixte (chancrelle, syphilis, maladie de Nicolas), par P. CHEVALLIER et M. COLIN. *Annales des Maladies Vénériennes,* année **30**, n° 7, juillet 1935, p. 511.

Cette triple association est rare. Malade hospitalisé le 21 décembre 1934 pour des ulcérations génitales avec adénopathie. Le 7 janvier 1935 une auto-inoculation est nettement positive. Le malade est traité par le Dmelcos, les ulcérations persistent prenant un caractère syphiloïde, le 21 janvier, le Bordet-Wassermann est positif. Les ulcérations guérissent par le traitement bismuthique, l'adénopathie inguinale persiste, torpide, volumineuse ; en outre existe une grosse masse iliaque dure et indolore. Le 20 mars la réaction de Frei est positive.

H. RABEAU.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Etude d'un cladiosporium nouveau « Cladiosporium tropicalis » n. sp. isolé d'une dermatose tropicale, par A. et R. SARTORY, J. MEYER et R. WEISS. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* année 99, 3e série, t. **113**, n° 24, 25 juin 1935, pp. 890-892. Note complétant une communication précédente (n° 15 du même bulletin).

Note complétant une communication précédente (n° 15 du même *Bulletin*).

A. BOCAGE.

La culture du bacille de Hansen, par A. VAUDREMER et Mlle C. BRUN. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* année **99**, 3e série, n° 24, 25 juin 1935, pp. 905-915.

Important travail résumant les résultats obtenus par les auteurs qui établissent la possibilité de cultiver ce germe sur filtrat de culture d'*aspergillus fumigatus* sur milieu de Raulin. On peut constater le

retour à l'acido-résistance des formes jeunes cultivées, l'action pathogène pour les animaux chez lesquels on retrouve une bactérie douée d'une acido-résistance cyclique comme celle des cultures elles-mêmes, l'agglutination et la lyse totale avec des sérums lépreux, enfin une action thérapeutique favorable. A. Bocage.

Bulletin Médical (Paris).

Sur un cas de fièvre syphilitique présérologique, par C. Simon. *Bulletin Médical*, année **49**, n° 29, 20 juillet 1935, p. 495.

A propos d'une belle observation de syphilis fébrile présérologique (la partenaire fit aussi une syphilis fébrile), S. montre l'évolution de nos idées sur cette question de la fièvre au début de la syphilis et les hypothèses qu'elle soulève. H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux (Paris).

Erythème noueux et tuberculose, par J. Huber. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, année **51**, 3e série, 1er juillet 1935, p. 1118.

Deux faits cliniques : un enfant hospitalisé pour érythème noueux est guéri après peu de jours ; une cuti-réaction faite à ce moment est positive et s'accompagne d'une nouvelle efflorescence d'érythème noueux.

Un autre enfant subfébrile depuis plusieurs mois ne présente aucun signe clinique ou radioscopique. En même temps que la fièvre diminue apparaissent des signes uniquement radiologiques (hile droit), puis un érythème noueux sans recrudescence fébrile. L'érythème n'a pas précédé mais accompagné la localisation pulmonaire.

R. Debré fait remarquer que la répétition des injections de tuberculine ne fait pas réapparaître l'éruption. Au contraire, les érythèmes noueux à poussées successives ne sont pas très rares. Il ne faut pas croire aux liens entre l'érythème noueux et la sensibilité tuberculinique.

H. Rabeau.

Diabète insipide au cours d'une maladie de Besnier-Bœk, par E. Lesné, Ch. Launay et G. Sée. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, année **51**, 3e série, 8 juillet 1935, p. 1137.

Intéressante observation d'un enfant de 10 ans chez lequel les auteurs ont suivi pendant cinq années le développement d'une maladie de Besnier-Bœck à localisation surtout digitale, à la fois cutanée, sous-cutanée et osseuse. Dans le premier stade les sarcoïdes hypodermiques étaient isolées ; plus tard elles se sont accompagnées de lupus pernio réalisant ce qu'on a appelé du terme global de sarco-lupus pernio et comportant l'infiltration à la fois dermique et hypodermique, la couleur

violacée de la peau, l'atteinte simultanée de la face et des doigts, enfin la présence de grains jaunâtres d'apparence lupoïde caractérisant cette association. Dans la troisième année de la maladie est apparu un diabète insipide, facile à réduire par la prise nasale d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse, durant maintenant depuis deux ans et s'accompagnant d'une légère obésité prédominante sur le tronc et la racine des membres. H. Rabeau.

Après dix ans de malariathérapie. Contribution clinique et anatomo-pathologique sur la syphilis du système nerveux, par D. Paulian. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, année **51**, 3e série, n° 24, 15 juillet 1935, p. 1184.

Après 10 ans d'impaludations P. arrive à cette conclusion, qu'il faut :

1° Des crises de 12 accès supérieurs à 39°.

2° Après un repos aussi court que possible, la reprise de la chimiothérapie et des cures fortes répétées d'arsenic ou de Bi, avec des arrêts courts de 15 à 28 jours, pendant plusieurs années.

3° Les réimpaludations au bout de 6 mois si l'amélioration ne s'affirme pas.

Sur 1.070 malades traités, 449 ont été améliorés, 401 remis (79,25 o/o).

La chimiothérapie surtout arsenicale doit suivre la période fébrile ; les trivalents sont plus exempts de complications. « L'arsenic, dit P., tue les spirochètes par asphyxie, en leur enlevant l'oxygène, et il s'agit de savoir si la malariathérapie ne sensibilise pas les spirochètes, les rendant plus aptes à la spirolyse, en même temps qu'elle exagère les pouvoirs défensifs et surtout ceux du système nerveux ? ». Il a constaté avec Bistrillano les modifications subies par les tréponèmes et par les tissus nerveux à la suite de la malariathérapie. La spirolyse est nette et les modifications vasculaires et péri-vasculaires ainsi que certaines modifications cellulaires sont évidentes. H. Rabeau.

Bulletin de la Société Médico-chirurgicale des Hôpitaux libres (Paris).

Résultats de chirurgie conservatrice du pouce dans les traumatismes et infections graves, par Montant. *Bulletin de la Société Médico-chirurgicale des Hôpitaux libres*, séance du 15 janvier 1935.

Il convient de tenter toujours la conservation du pouce dans les traumatismes et les infections graves. Les résultats obtenus dans les fractures ouvertes avec dilacération des parties molles, dans les arthrites purulentes et dans le panaris total du pouce par la méthode conservatrice, qui repose sur des excisions larges, des pansements rares au baume du Pérou et surtout l'immobilisation plâtrée en position de flexion sont excellents. H. Rabeau.

Gazette des Hôpitaux (Paris).

L'association fenchone-acétylcholine dans le traitement des plaies et infections cutanées, par M. J. Vairel. *Gazette des Hôpitaux,* année **108,** n° 53, 3 juillet 1935, pp. 913-915.

La fenchone est une substance assez analogue au camphre, bon antiseptique. Son association avec l'acétylcholine en pommade commercialisée sous le nom acécolex fait cicatriser rapidement les petites plaies infectées et est un bon traitement de l'ulcère de jambe.

A. Bocage.

Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest.

Cinquante ans de prophylaxie antivénérienne à Bordeaux, par W. Dubreuilh et G. Petges. *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest,* année **112,** n° 16, 10 juin 1935, p. 417, 6 fig.

Il y a 50 ans, la prophylaxie antivénérienne n'existait pas à Bordeaux. L'effort entrepris par D. a été poursuivi et mené à bien par P. Le centre de Bordeaux dont tous les services sont judicieusement coordonnés fonctionne avec une remarquable activité. Le réseau tendu contre la syphilis couvre ainsi douze départements d'une protection chaque jour plus efficace. H. Rabeau.

Le laboratoire du centre régional de sérologie (Clinique des maladies syphilitiques et cutanées) de 1919 à 1934, par R. Mongneau. *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest,* année **112,** n° 16, juin 1935, p. 430.

112.000 sérums examinés en 16 années. Les réactions pratiquées sont celles de Hecht-Sabrazès, de Wassermann, de Vernes et de Kahn. M. compare les résultats obtenus par les différentes méthodes, leur interprétation, les réactions transitoires. H. Rabeau.

La syphilis sans chancre, conditions cliniques et expérimentales, par P. Léonard. *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest,* année **112,** n° 16, 10 juin 1935, p. 433.

Sainz de Aja a insisté sur la fréquence de la syphilis sans chancre, 10 o/o du nombre des cas de syphilis. On peut penser que le chancre a passé inaperçu. Au dispensaire de salubrité où les Bordet-Wassermann sont faits systématiquement chaque deux mois, on a pu constater 86 syphilis débutantes. Ces femmes étaient soumises à un examen médical périodique ; dans 14 cas (16 o/o), la syphilis a été découverte soit par l'explosion secondaire, soit par la sérologie. La syphilis sans chancre vient compliquer souvent la tâche de ceux qui ont à dépister la syphilis. H. Rabeau.

Syphilis bismutho-résistante à forme clinique et anatomo-pathologique de sarcoïde, par P. Le Coulant. *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest,* année **112,** n° 16, 10 juin 1935, p. 436, 5 fig.

Intéressante observation de bismutho-résistance du type bismutho activation, à forme clinique de sarcoïdes confluentes.

H. Rabeau.

Les incidents et accidents observés à Bordeaux chez des sujets traités par les injections intramusculaires de sels de Bismuth. Expériences d'une dizaine d'années, par Joulia. *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest,* année **112,** n° 16, 10 juin 1935, p. 440.

Depuis 1932, le bismuth prend d'année en année la prépondérance sur les arsénobenzènes et le mercure. Dans cette excellente revue générale, J. indique la fréquence ou la rareté des accidents locaux ou généraux observés. La médication bismuthique s'avère dans l'ensemble exempte d'accidents graves à la condition expresse de surveiller les malades avec soin. D'une activité sensiblement égale à la médication arsénobenzolée, l'absence de risques graves explique qu'elle soit généralement adoptée.

H. Rabeau.

Bismuthides érythémateuses annulaires à extension centrifuge, par G. Petges et H. Petges. *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest,* année **112,** n° 16, 10 juin 1935, p. 444, 3 fig.

Deux observations, comparables à celles publiées par Edward A. Skolnik et Iune Aleshire (mai 1932), de lésions spéciales à type érythémateux, à extension centrifuge, prurigineuses, pouvant simuler le lupus érythémateux. Ces lésions n'ont pas de caractère histologique spécial ; elles s'accompagnent d'hyperkératose légère avec basale irrégulière. hypertrophie des espaces interpapillaires, chorion œdémateux, infiltration dense de cellules lymphoïdes forçant la basale, péri et endovascularite, infiltrats autour des follicules pileux et des glandes sébacées. En présence de lésions semblables, pour affirmer qu'il s'agit de bismuthides, il faudra établir : que l'éruption survient au cours de l'administration d'un sel de bismuth, qu'elle disparaît par la suppression du médicament, qu'elle reparaît par la réadministration du bismuth.

H. Rabeau.

La paralysie générale en Gironde de 1910 à 1934, par Quercy et A. Boucaud. *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest,* année **112,** n° 16, 10 juin 1935, p. 447, 5 courbes.

D'après les statistiques des auteurs, il y a en Gironde une légère diminution du nombre des paralytiques généraux, une moins grande mortalité, une augmentation du nombre des améliorations ou des guérisons spontanées ou thérapeutiques.

H. Rabeau.

A propos d'un cas de rhumatisme syphilitique, par M. Tortais. *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest,* année **112**, n° 16, 10 juin 1935, p. 449.

Chez un homme de 42 ans sans antécédents pathologiques, exerçant

la profession de polisseur, apparaît un syndrome de polyarthrite chronique douloureuse, intéressant les articulations des doigts, des mains, des pieds et des poignets. Hypocalcémie. Décalcification à l'examen radiographique. Bordet-Wassermann + + + dans le sang. Amélioration rapide par le traitement bismuthique, persistant au bout de 2 ans 1/2, mais ankylose partielle de l'articulation phalango-phalangienne du médius gauche et du poignet droit. H. Rabeau.

Hépatites tertiaires fébriles, par R. Massier. *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest,* année **112**, n° 16, 10 juin 1935, p. 452.

La syphilis hépatique dans ses formes tertiaires peut s'accompagner d'élévation thermique. M. en rapporte une belle observation avec disparition de la fièvre après 10 injections de bismuth.

H. Rabeau.

Erythème infectieux du dixième jour, par Arzac et Bargues. *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest,* année **112**, 10 juin 1935, n° 16, p. 454.

Un homme de 31 ans porteur d'un accident primitif reçoit en une semaine 0,15, 0,30, 0,45 de novarsénobenzol. Le dixième jour, apparition d'un érythème scarlatiniforme généralisé avec angine rouge, conjonctivite, anurie et néphrite infectieuse aiguë, passagère. Le malade avait eu la scarlatine il y a 14 ans. H. Rabeau.

Diathèse syphilitique et traumatismes, par M. Bargues. *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest,* année **112**, 10 juin 1935, p. 455.

Cinq observations de syphilo-traumatisme et rappel de la jurisprudence actuelle sur ce sujet. Il n'y a pas lieu dans un cas de syphilis post-traumatique de tenir compte de la diathèse syphilitique, non seulement pour les allocations, mais aussi en cas d'invalidité provisoire ou définitive. H. Rabeau.

Hérédo-syphilis-mutation et lois de Mendel, par Castex. *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest,* année **112**, n° 16, 10 juin 1935, p. 456.

L'auteur s'étonne qu'on n'ait jamais essayé de faire entrer les dystrophies de l'hérédo-syphilis dans le cadre général des grandes lois naturelles. Pour lui, il est infiniment probable que les dystrophies qui apparaissent lors de ces générations sont le fait de l'hérédité et non celui. direct, du tréponème. L'hérédité syphilitique doit être placée sur le même plan que toutes les autres hérédités et, à la réflexion, elle ne peut s'en différencier par une modalité, une autonomie quelconques. En plus d'une syphilis conceptionnelle, il existerait une syphilis héréditaire. H. Rabeau.

Des accidents cutanés provoqués par les teintures capillaires à base de paraphénylène diamine, par R. David-Chaussé. *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest,* année **112**, n° 16, 10 juin 1935, p. 458.

Courte revue sur les accidents causés par les applications de teinture

à base de paraphénylènediamine qui sont plus employées que les teintures végétales ou à base de métal, celles-ci inoffensives. Il conseille pour éviter ces accidents de pratiquer avant d'appliquer la teinture, l'épreuve du test cutané. H. Rabeau.

Bilan d'une consultation prénatale de novembre 1932 à fin mars 1935, par David-Chaussé. *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, année **112**, n° 16, 10 juin 1935, p. 460.

50 malades traitées. Elles avaient eu avant tout traitement : pour 55 grossesses, 6 enfants vivants, soit déchet de 90 o/o.

Après le traitement, 27 grossesses ont donné 22 enfants vivants, le déchet est seulement de 18,51 o/o.

H. Rabeau.

La réflexo-thérapie endonasale en dermatologie, par P. Cazenave. *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, année **112**, n° 16, 10 juin 1935, p. 460.

La réflexothérapie est d'un secours indéniable pour modifier et améliorer efficacement les réflexes sensitivo-végétatifs perturbés en rétablissant le fonctionnement normal des différents systèmes par une vasodilatation qui fait cesser le spasme des vaisseaux par excitation des filets sympathiques des capillaires. H. Rabeau.

Le « Microsporon gypseum Burdigalense » nouvel agent d'une microsporie de parties glabres, par G. Petges et P. Le Coulant. *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, année **112**, n° 16, 10 juin 1935, p. 462, 5 fig.

A propos d'une nouvelle observation clinique, étude mycologique complète de ce champignon parasite de l'homme trouvé dans des lésions d'herpès circiné. La culture poudreuse, de couleur chamois clair, étoilée, frangée, rappelle l'aspect des cultures des *Trichophytons gypseum*. Les caractères microscopiques sont ceux des microsporons animaux. Il semble logique de la placer dans la classification de Langeron et Ota (1923) dans le genre *Sabouraudites*, sous-genre des *Aleurocloster* au voisinage immédiat des *Sabouraudites gypseum* de Bodin. Ses caractères macroscopiques et microscopiques les différencient des *Sabouraudites* voisines à culture poudreuse, en particulier d'*Achorion gypseum* de Bodin, *Microsporon felineum*, *Microsporon pubescens* de Horta.

Ils proposent d'appeler ce nouveau parasite : *Microsporon gypseum Burdigalense*. H. Rabeau.

Traitement des angiomes tubéreux, en particulier de la région orbitaire par les injections sclérosantes, par H. J. Duprat. *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, année **112**, n° 16, 10 juin 1935, p. 465.

Les injections sclérosantes (solution quinine-urée) sont un moyen pratique de traiter dans de bonnes conditions esthétiques les angiomes tubéreux gênants ou disgracieux.

Le mode d'action de l'infiltration s'adapte aux particularités du traitement des nævi de la région orbitaire. H. Rabeau.

A propos de trois cas de Xeroderma pigmentosum familial, par G. Petges et P. Soucreil. *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, année **112**, n° 16, 10 juin 1935, p. 467, 4 fig.

Les observations de ces trois enfants d'une même famille atteints de *xeroderma pigmentosum* sont très instructives. Il existe un facteur prédisposant congénital, cutané, à cette maladie. Le *xeroderma pigmentosum* n'est pas une maladie de lumière, une radioleucite, mais une maladie préexistante que la lumière fait éclore.

H. Rabeau.

Journal de Médecine de Paris.

L'autohémothérapie dans certaines formes de suppurations allergiques, par O. Coquelet. *Journal de Médecine de Paris*, année **55**, n° 27, 4 juillet 1935, p. 596.

Quand une suppuration se développe sur une foyer de contusion, cette suppuration constitue un *phlegmon histolytique* au sens donné par Bouché et Hustin. Ce phlegmon est ainsi appelé parce qu'il se développe sur un terrain sensibilisé par la résorption de sucs de tissus et de sang, libérés par la contusion et l'attrition des tissus. Ces suppurations guérissent très difficilement lorsqu'elles sont traitées par les moyens ordinaires. Elles guérissent remarquablement quand on traite le terrain par des injections d'auto-sang lysé. Il convient de recourir à ce traitement dans les cas de suppuration que l'on sait hystolytiques. Dans les cas de suppurations qui traînent il faudra rechercher s'il ne s'agit pas de suppurations allergiques, qui sont heureusement modifiées quand on traite le terrain. H. Rabeau.

La Presse Médicale (Paris).

L'anatoxine staphylococcique et son emploi dans le traitement spécifique de certaines affections dues au staphylocoque. Résultats, par G. Ramon, A. Bocage, R. Pichon et P. Mercier. *La Presse Médicale*, année **43**, n° 57, 17 juillet 1935, p. 1137, tableau.

Depuis longtemps de nombreuses recherches avaient été faites sur la toxine staphylococcique, mais ce furent surtout celles de Walbaum (1922), Parker (1920), S. Parker et Gross (1928), de Gunthes (1931) et particulièrement de Brunet (Melbourne) et de ses collaborateurs (1929) qui firent entrer la question dans une phase nouvelle. S'inspirant des travaux de Ramon sur l'anatoxine diphtérique, sur la réaction de floculation, Brunet prépara une anatoxine staphylococcique et obtint chez le lapin l'antitoxine spécifique. Il observa en outre, dans les mélanges de toxine et d'antitoxine staphylococciques, un phénomène de floculation analogue, selon lui, à celui qui a lieu dans les mélanges de toxine et de sérum antidiphtérique. Ces expériences furent le point de départ de nouveaux travaux et, depuis 1931, du traitement des affec-

tions staphylococciques chez l'homme au moyen de l'anatoxine spécifique.

En ensemençant le milieu dont Ramon se sert pour la toxine diphtérique, à l'aide d'une souche de staphylocoque particulièrement toxigène, on obtient au bout de cinq jours d'étuve à 37° une culture. Le filtrat de cette culture renferme la toxine en plus ou moins grande quantité. Parmi les propriétés de cette toxine, la plus intéressante est celle qui lui permet de provoquer, dans certaines conditions, l'apparition et le développement de l'immunité et de l'antitoxine spécifiques. Le bouillon staphylococcique, obtenu comme il a été indiqué, étant additionné de formol (4 cm^3 par litre) et étant abandonné à l'étuve à 39° une quinzaine de jours, la toxine qu'il renferme se transforme rapidement en son dérivé anatoxique. L'innocuité de cette anatoxine doit être vérifiée. Elle doit en outre posséder un pouvoir antigène intrinsèque aussi élevé que possible. On l'évaluera par la méthode de floculation. Les recherches expérimentales prouvent qu'il existe une relation très étroite entre l'activité immunisante de l'anatoxine et sa valeur antigène intrinsèque. En possession d'une anatoxine staphylococcique dûment contrôlée quant à son innocuité et dont la valeur antigène est relativement élevée, les auteurs ont entrepris des essais de traitement des diverses affections staphylococciques. De ces essais qui datent de décembre 1934 ils donnent les premiers résultats. Ils ont utilisé d'abord l'anatoxine diluée, puis l'anatoxine pure ; actuellement dans la furonculose ils font seulement trois injections à 15 jours d'intervalle, avec doses successives de 1/2, 1 et 2 centimètres cubes d'anatoxine pure. Après les résultats d'ensemble obtenus :

1° Furonculoses invétérées : 42 cas traités, 37 guéris.

2° Furonculoses chroniques simples datant de 3 mois à 2 ans : 22 cas traités, 22 guéris.

3° Furonculoses accidentelles datant de 3 mois : 17 succès sur 17 cas traités.

4° Acnés pustuleuses : 23 cas traités, 19 guéris.

5° Hydro-adénites et onyxis : 6 guérisons sur 6 cas traités.

Sur les 6 malades rebelles à la vaccinothérapie anatoxique, 5 avaient une glycémie dépassant 1 gr. 40, le sixième était un azotémique (0,77 urée).

Pour se rendre compte de l'importance de la production d'antitoxine spécifique chez les malades on pourra utiliser la méthode intradermique mise en œuvre chez le lapin neuf.

Il semble logique d'admettre que dans cette immunité antistaphylococcique, le rôle principal appartient à l'antitoxine spécifique dont l'anastaphylotoxine engendre la formation.

« Ainsi grâce aux découvertes et aux techniques de plus en plus perfectionnées du laboratoire qui permettent l'obtention d'antigéno-vaccins aisément contrôlables dans leur innocuité et dans leur efficacité. de nouvelles méthodes thérapeutiques se substituent peu à peu aux

anciens procédés à la vérité plus ou moins empiriques et mettant en œuvre des produits de valeur incertaine et non vérifiable.

A l'anatoxine diphtérique, à l'anatoxine tétanique qui, à l'heure actuelle, ont fait leurs preuves dans la prévention de deux maladies infectieuses redoutables, s'ajoute maintenant l'anatoxine staphylococcique qui peut être utilisée avec succès, nos essais et nos résultats joints à ceux de P. Nelis le prouvent bien, dans le traitement de diverses affections dues au staphylocoque. » H. Rabeau.

Une nouvelle thérapeutique des staphylococcies : la vaccinothérapie par l'anastaphylotoxine, par P. Nélis. *La Presse Médicale*, année **43**, n° 57, 17 juillet 1935, p. 1141.

Depuis plusieurs années N. a étudié l'anatoxine staphylococcique. Il montre comment dans le même temps des biologistes de divers pays ont poursuivi des recherches sur cette question. La concordance des résultats est la preuve que cette thérapeutique repose sur des faits bien établis. Le traitement par l'anatoxine des différentes affections à staphylocoques amène dans un grand nombre de cas la guérison, tout au moins l'amélioration. Cette vaccinothérapie présente sur toutes les autres méthodes une supériorité manifeste. N. donne le mode de préparation de son anatoxine, et sa technique. Il utilise une anatoxine diluée, et fait 8 injections en 6 semaines. Il a traité 80 cas, avec des résultats satisfaisants ; il publie quelques-uns des plus démonstratifs (Bibliographie de la question). H. Rabeau.

Remarques sur le traitement actuel de la paralysie générale, par A. Sézary. *La Presse Médicale*, année **43**, n° 60, 27 juillet 1935, p. 1207.

Cette note de médecine pratique constitue une mise au point de la question ; S. avec Barbé s'est depuis longtemps occupé de ce problème difficile et par le stovarsol sodique dont ils ont bien réglé l'emploi ils ont obtenu des résultats remarquables. Il faut bien savoir qu'il n'y a aucun traitement actuel de la paralysie générale qui réussisse constamment ; en cas de succès, les résultats sont plus ou moins bons selon les cas ; aucun traitement n'est absolument inoffensif, surtout si l'on ne tient pas compte des contre-indications. S. fait le parallèle entre le traitement par la malaria et le stovarsol sodique. Chaque méthode a ses partisans. Il ne semble pas que les statistiques permettent de trancher. Les deux méthodes, dont S. fait une étude critique, ont sensiblement la même valeur. On peut d'ailleurs les associer. Mais les cas qui n'ont pas été améliorés ne le sont pas par l'impaludation pratiquée ultérieurement. H. Rabeau.

Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Le rôle du streptocoque dans les affections cutanées, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, année **11**, n° 5, mai 1935, pp. 259-265.

Exposé de l'évolution des idées qui amène à reconnaître le rôle

de plus en plus étendu du streptocoque en dermatologie en particulier dans l'étiologie d'un très grand nombre de parakératoses, d'affections classées autrefois comme séborrhéiques, de dyshidroses, voire même d'érythrodermies qui semblaient simplement arsenicales au premier abord. A. Bocage.

Classification des streptococcies cutanées, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, année **11**, n° 5, mai 1935, pp. 266-267.

Streptococcides érythémateuses : érysipèle, lymphangite, érythrodermie primitive, érythème scarlatiniforme, lupus exanthématique, lupus érythémateux.

Streptococcides érosives : intertrigo, dermite périorificielle.

Streptococcides bulleuses : impétigo de Tilbury-Fox, ecthyma, dyshidrose aiguë.

Streptococcides papuleuses : prurigo infectieux, lichénification, syphiloïde péri-anale, impétigo végétant, impétigo kératosique.

Streptococcides squameuses : pityriasis sec, gras, parakératose squameuse sèche (soit eczéma séborrhéique à propagation cutanée, soit pityriasis rosé d'origine sanguine), trisyndrome (dyshidrose-médaillons-dermite érythémateuse). A. Bocage.

Associations cutanées streptococciques, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, année **11**, n° 5, mai 1935, pp. 268-275.

Intéressant exposé du rôle du streptocoque dans certains cas d'eczéma, de syphilis, de gale, de vaccine et de trichophytie.

A. Bocage.

Erythrodermie streptococcique primitive, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, année **11**, n° 5, mai 1935, pp. 276-279.

Cas d'origine biotropique déclenchée par le sulfarsénol.

A. Bocage.

Kératose post-impétigineuse, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, année **11**, n° 5, mai 1935, pp. 283-284.

Éléments cliniquement d'aspect chéloïdien à la suite d'impétigo de la main ; l'histologie montra qu'il s'agissait d'hyperkératose avec sclérose discrète du derme. A. Bocage.

Impétigo et dermites streptococciques, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, année **11**, n° 5, mai 1935, pp. 285-287.

Nappes érythémato-squameuses et médaillons disséminés chez un enfant porteur d'impétigo du cuir chevelu. A. Bocage.

Impétigo phlycténulaire de la jambe laissant à sa place une dermite érosive cuivrée, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, année **11**, n° 5, mai 1935, pp. 288-294, 2 fig.

Transformation en parakératose d'un impétigo streptococcique qu'une

application de rayons X fait reparaître sous sa forme initiale phlycténulaire. A. Bocage.

Erythrodermie locale post-érysipélateuse, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* année **11,** nº 5, mai 1935, pp. 295-297, 1 fig.

Après un érisypèle reste à la surface une érythrodermie avec intertrigo rétro-auriculaire, bulles d'impétigo intercurrent et un placard de parakératose de la jambe, le tout streptococcique.

A. Bocage.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Le traitement par l'antiléprol du lupus érythémateux (Antileprolbehandhung bei Lupus erythematodes), par S. Lomholt. *Dermatologische Wochenschrift,* t. **101,** nº 27, 6 juillet 1935, p. 817, 12 fig.

L. a traité par l'antiléprol 31 cas de lupus érythémateux, qui avaient résisté aux thérapeutiques habituelles. L'antiléprol est employé par voie veineuse ou intramusculaire, en injections quotidiennes ou espacées de 2-3 jours ; en moyenne, 28 injections par cure. Peu de réaction, en dehors d'une élévation thermique forte, mais brève, et d'une fatigue passagère. L. a associé parfois au traitement la finsenthérapie ou la neige. Il a obtenu 11 guérisons, 12 améliorations considérables, 7 améliorations et 1 résultat nul. L'antiléprol agit surtout sur l'infiltration et l'hyperémie ; l'hyperkératose et la desquamation ont besoin d'un traitement local (finsenthérapie). L. Chatellier.

Sur l'histogénèse du nævus syringo-cystadénomateux papillifère (Zur Histogenese des Nævus syringo-cystadenomatosus papilliferus), par J. Dörffel. *Dermatologische Wochenschrift,* t. **101,** nº 28, 13 juillet 1935, p. 855, 3 fig.

A ses publications précédentes, D. ajoute une nouvelle observation où la structure histologique (formations trabéculaires à type baso-cellulaire, nids épithéliaux intra-épidémiques, abondance des sébacées par plages) confirme son hypothèse que cette tumeur nœvique est formée de cellules basales « embryonnaires pluripotentes ».

L. Chatellier.

Développement d'un cancer sur des dermatoses chroniques (Psoriasis, ulcère de jambe et lichen ruber verruqueux, dermite eczématoïde) [Karzinomentsthung auf chronischen Dermatosen] (Psoriasis, ulcus cruris ùnd Lichen ruber Verrucosus, spätexsudatives Ekzematoid), par K. Hövelborn. *Dermatologische Wochenschrift,* t. **101,** nº 28, 13 juillet 1935, p. 858, 3 f.

Trois observations d'épithéliomas développés au niveau de ces lésions chroniques de la peau, où cette complication est exceptionnelle ou inconnue. L. Chatellier.

Ulcère gangréneux étendu du gland avec bacilles diphtériques (Ausgedehntes Ulcus gangrænosum an der Glans penis mit Diphteriebazillenbefund), par J. WESSLING. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, n° 28, 13 juillet 1935, p. 852, 1 fig.

Chez un homme de 58 ans, apparaît, 2 jours après le coït, une tache rouge sur le gland. Cette tache se transforme rapidement en une large ulcération, cependant que l'état général s'altère. En 14 jours, nécrose de la moitié du gland. L'examen bactériologique et la culture montrent l'existence de bacilles de Löffler seuls. La lésion guérit très rapidement par les bains chauds de permanganate et l'iodoforme, sans sérum.

L. CHATELLIER.

Recherches sur la déviation du complément dans les infections focales (Untersuchunge nüber Komplementablenkung bei fokalen Prozessen), par F. FOLDVARI et L. NEKAMJUN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, n° 29, 20 juillet 1935, p. 890.

L'on sait que des infections localisées (amygdalites, granulomes dentaires, appendicites chroniques, etc.) peuvent s'accompagner de dissémination hématogène, partant de métastases infectieuses. Les auteurs ont voulu vérifier la valeur pratique de la réaction de déviation avec un antigène préparé avec le microbe du foyer (en général strepto- ou staphylocoque). Ils ont ainsi examiné 116 malades, répétant à plusieurs reprises parfois, la réaction. Dans les cas où le foyer était bien connu, ils ont obtenu 27 o/o de réactions positives, 28 o/o de réactions négatives ; dans 8 o/o la réaction était positive sans qu'on puisse déceler de foyer ; dans 35 o/o, réactions négatives et pas de foyer décelable Ces chiffres montrent que la déviation du complément n'a guère de valeur pratique pour le dépistage des foyers latents. Ce fait concorde avec ce qu'on sait de cette réaction dans les infections à staphylo ou à streptocoques.

L. CHATELLIER.

Une méthode simple de détatouage (Eine einfache Methode der Entfernung von Tätowierungen), par JANSON. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, n° 29, 20 juillet 1935, p. 894.

En Haute-Silésie, J. a eu l'occasion d'observer le fait suivant : un de ses camarades de combat portait sur la poitrine un large tatouage, vieux de plusieurs années ; la mauvaise hygiène et la chaleur ayant provoqué chez lui une folliculite de la poitrine, avec prurit, pour se soulager, le patient se grattait avec sa chemise de toile grossière ; d'où petites hémorragies cutanées. Si la folliculite ne fut pas améliorée, le tatouage s'effaça progressivement et complètement. Depuis J. a employé ce procédé, en le perfectionnant : anesthésie locale et brossage méthodique du tatouage, répété trois ou quatre fois. La brosse peut être de poil, de crin ou même de métal. Le résultat est bon, surtout sur le thorax et les bras. Procédé simple, peu coûteux et suffisant, dit J.

L. CHATELLIER.

L'excrétion du sel chez les fébricitants et sa signification pour la soi-disant rétention salée du pemphigus vulgaire (Die NaCl-Ausscheidung bei febrilen Patienten und ihre Bedeutung für die sogenannte Kochsalz retention beim Pemphigus vulgaris), par H. Wolff. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, n° 30, 27 juillet 1935, p. 911, 4 f.

Depuis les travaux de Mayr, de Kittsteiner, de Lund et de Hopf, l'on connaît les analogies entre l'excrétion du sel par la sueur et par les reins. W. a étudié les variations du sel urinaire avant, pendant et après les accès fébriles, qu'ils soient provoqués ou spontanés. Il arrive aux conclusions suivantes :

Tout fébricitant présente une diminution des chlorures urinaires, qui pourrait laisser croire à une rétention chlorurée, tandis qu'elle s'explique par une augmentation de l'excrétion cutanée. Une température élevée avec sueurs abondantes peut amener la disparition du sel urinaire. Le taux des chlorures urinaires revient peu à peu à la normale ; ce retour à la normale dépend de l'intensité et de la durée de la fièvre. Ces constatations confirment l'opinion de Mayr et de Keining pour qui la rétention salée constatée dans le pemphigus n'est qu'apparente. Il s'agit vraisemblablement d'une exagération de l'excrétion cutanée liée à la fièvre. L. Chatellier.

Leucodermie après un érythème syphilitique tardif (Leukoderm, nach spätsyphilitischen Rezidivexanthem), par T. Preininger. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, n° 30, 27 juillet 1935, p. 916.

Observation de taches leucodermiques survenues après une roséole récidivante tardive (10 ans) chez une syphilitique de 30 ans ; éruption remarquable par son siège crural, ano-vulvaire et thoracique.

L. Chatellier.

Sur l'ostéite tuberculeuse cystoïde multiple (de Jüngling) dans le lupus vulgaire (Ueber Ostitis tuberculosa multiplex cystoides (Jüngling) bei Lupus vulgaris), par F. Kock. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, n° 30, 27 juillet 1935, p. 919.

Si l'on connaît cette lésion osseuse (Besnier, Tenneson, Schaumann surtout), au cours du lupus pernio et des sarcoïdes de Bœck, elle est rare dans le lupus et dans le lupus érythémateux. K. rapporte l'observation d'une jeune femme chez qui les lésions osseuses et l'éruption lupique existent depuis plusieurs années. Une injection de 1/2 milligramme de tuberculine sous la peau provoque une réaction générale intense et une réaction des placards cutanés comme des lésions osseuses. C'est la confirmation de la nature tuberculeuse de l'ostéite ; K. ne se croit pas néanmoins autorisé à conclure à la nature tuberculeuse du lupus pernio et des sarcoïdes, malgré la fréquence des altérations osseuses au cours de ces deux affections. L. Chatellier.

Sao Paulo Medico.

« Cutis verticis gyrata ». Apparition de la pachydermie chez un acromégale atteint de neuro-fibromatose de Recklinghausen (« Cutis verticis gyrata » Apparecimento desta pachydermia em un acromegalico com neurofibromatose de Recklinghausen), par R. Pires de Campos. *Sao Paulo Medico*, année 8, vol. 1, nos 3 et 4, mars-avril 1935, p. 83, 4 fig.

Des plicatures du cuir chevelu réalisent le tableau clinique de la *cutis verticis gyrata* chez un acromégale présentant les éléments pigmentaires et tumoraux caractéristiques de la neuro-fibromatose de Recklinghausen. J. Margarot.

Immunité, réinfection et superinfection dans la syphilis (Inmunidad, réinfección y superinfección en la sifilis), par E. Gregorio. 1 broch., 28 pp. *Actes gráficas*. E. Berdejo Casañal. Zaragoza. 1935 (Publicationes de Clinica y Laboratorio).

Il n'existe pas dans la syphilis une immunité véritable, mais un état réfractaire à l'infection chez les sujets contaminés.

Tout sujet infecté est réceptif vis-à-vis de nouvelles inoculations. Au cours de la période du chancre ou de la seconde incubation, on peut pendant un temps déterminé obtenir un chancre typique, ce qui n'est plus possible quelques jours plus tard. Dans la période secondaire, les inoculations donnent des lésions de type papuleux.

L'immunité acquise s'atténue au cours des phases de latence et devient très faible au cours de la période tertiaire. A ce moment l'organisme répond aux inoculations par des lésions destructives du type gommeux.

Dans la période des manifestations parasyphilitiques, l'organisme dans la majorité des cas ne réagit pas. Les lésions exceptionnellement obtenues sont du type papuleux et d'évolution rapide, mais le nouveau germe peut pénétrer dans l'organisme.

Dans la syphilis congénitale, l'immunité est relative. Une nouvelle contamination est possible.

Chez l'animal, on peut obtenir des réinoculations positives pendant une période de 50 à 60 jours après la première inoculation. L'immunité n'existe qu'au cours de l'infection et prend fin lorsqu'elle a disparu spontanément ou sous l'influence du traitement.

Dans la constitution de l'immunité, la sensibilisation joue un rôle important. Elle règle l'évolution de la maladie.

L'allergie ou hypersensibilité tissulaire se manifeste par des accidents localisés, larges, fixes et destructifs, tandis que les syphilis nerveuses graves comme la paralysie générale répondent à un état de non sensibilisation ou d'anallergie.

L'auteur précise les notions de superinfection et de réinfection. Cette dernière ne peut être admise que dans des conditions parfaitement définies soumises à une critique sévère. On doit pouvoir éliminer avec

certitude l'hypothèse d'un chancre redux (pseudo-réinfection). La réinfection suppose la guérison de la première syphilis.

La superinfection répond à l'apparition d'un chancre chez des sujets non guéris (présentant par exemple des réactions sérologiques positives). Dans certains cas, elle est exogène (hétéro-superinfection), c'est-à-dire due à des germes nouveaux venus de l'extérieur. D'autres fois, elle est endogène (auto-superinfection) : c'est le propre germe du malade qui, persistant à l'état de latence dans les tissus où siégeait le premier chancre, donne lieu à un nouvel accident chancriforme. Il s'agit en réalité d'une pseudo-réinfection. J. Margarot.

Actas Dermo-sifiliograficas (Madrid).

Dermatose professionnelle produite par l'oxygène (Dermatosis profesional producida por oxigeno), par J. S. Covisa et E. R. Cabello. *Actas Dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 9, juin 1935, p. 951, 8 fig.

Un homme de 50 ans, employé dans une fabrique d'oxygène depuis une dizaine d'années, présente sur les poignets d'abord, puis sur la face, le cou et la tête un érythème qui bientôt fonce et desquame. Le prurit, intense au début, s'atténue au fur et à mesure que s'accusent la coloration et la pigmentation. Bientôt la peau devient brillante et offre des irisations métalliques. En certains points domine une atrophie des téguments et en d'autres une lichénification marquée.

Une anémie globulaire (3.500.000 hématies) et une leucopénie (5.100 leucocytes) rappellent les modifications sanguines observées dans l'intoxication par le benzol.

L'examen histologique montre une atrophie de l'épiderme, des infiltrats de type lichénoïde, une abondance de pigments dans la couche basale et des mélanophores dans les assises supérieures du derme.

Une épreuve eczématogène, pratiquée avec une solution de perhydrol d'oxygène est positive. Les cuti-réactions faites avec des solutions à divers taux de la même substance sont toutes négatives.

J. Margarot.

Sur la « cutis verticis gyrata » d'origine nævique et ses relations possibles avec le cylindrome ou nævus epithéliomateux bénin (Sobre el « cutis verticis gyrata » de origen nevique y sus possibles relacionen con el cilindroma o nevus epiteliomatoso benigno), par J. Bejarano. *Actas Dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 9, juin 1935, p. 961, 5 fig.

Un nævus pigmentaire hypertrophié donne lieu à une masse tumorale cérébriforme ayant les caractères cliniques de la *cutis verticis gyrata*.

L'examen histologique montre des altérations identiques à celles du cylindrome de Billroth (disposition générale des lésions, atrophie épidermique, bande intermédiaire de tissu conjonctif, morphologie des cellules tumorales). Toutefois, aucun foyer de dégénérescence hyaline n'a pu être mis en évidence. J. Margarot.

Dermatite de Dühring-Brocq infantile (Dermitis de Dühring-Brocq infantil), par Cabre CLARAMUNT et Solduga CASTELLS. *Actas Dermo-sifiliograficas*, année 27, n° 9, juin 1935, p. 970.

Un enfant de 3 ans présente une éruption bulleuse que l'on est tenté de rattacher à un impétigo. La distribution zoniforme des éléments et l'absence de suppuration de quelques-uns d'entre eux laissènt cependant le diagnostic en suspens.

L'affection est traitée comme une pyodermite sans aucun résultat. Bientôt apparaissent de nombreuses bulles à contenu séreux. Une formule sanguine donne 19 éosinophiles o/o. La proportion de ces éléments est de 12 o/o dans le liquide d'une bulle.

De nombreux kystes d'*amœba coli* sont trouvés dans les selles.

Le petit malade traité par la « germanine » (utilisée par Veiel dans le traitement des affections bulleuses) guérit assez rapidement. Des signes d'intolérance, les premiers jours, n'ont pas paru à l'auteur une contre-indication de cette thérapeutique. J. MARGAROT.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Les chlorures du sang chez les lépreux (Los cloruros de la sangre en los lepros), par M. Herrera REYES. *Ecos espanoles de Dermatologie y Sifiliografia*, année **11**, n° 117, juin 1935, p. 231.

Le taux des chlorures du sang est légèrement supérieur à la normale chez les lépreux (o gr. 59726 de NaCl chez les femmes et 0,59719 chez les hommes). Il s'abaisse au cours des lépro-réactions et chez les sujets traités par les différentes médications spécifiques. Les chiffres les plus élevés se voient dans les formes les moins avancées. Ils se rapprochent de la normale dans les formes anciennes. J. MARGAROT.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Blastomycose expérimentale cutanée chronique chez le singe (Experimental chronic cutaneous blastomycosis in monkeys), par DE MONBREUN. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **31**, n° 6, juin 1935, p. 831.

L'ensemencement d'une lésion blastomycosique datant de neuf ans a permis d'obtenir une culture pure de *Monosporium tulanense* de Castellani. Cette culture, injectée au singe, a donné lieu à des lésions cutanées identiques à celles du malade et à de nombreuses lésions viscérales. S. FERNET.

Psoriasis pustuleux palmo-plantaire (Pustular psoriasis of the palms and soles), par D. BLOOM. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **32**, n° 1, juillet 1935, p. 90, 5 fig.

B. a étudié quatre cas de psoriasis pustuleux. Il s'agissait d'éruptions érythémato-squameuses et pustuleuses palmo-plantaires, récidivantes et s'accompagnant d'altérations unguéales. Toutes les recherches bacté-

riologiques et mycologiques sont restées négatives, ainsi que les intradermo à la trichophytine. Ces lésions résistaient à tous les traitements usuels. L'examen histologique montrait l'absence complète de spongiose et confirmait le diagnostic de psoriasis.

Le psoriasis pustuleux diffère du psoriasis vulgaire uniquement par l'intensité des lésions histologiques : la confluence des micro-abcès se manifeste cliniquement sous forme de pustules (Bibliographié).

S. Fernet.

La longue durée d'incubation des verrues (Long incubation period of warts), par Templeton. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. **32**, n° 1, juillet 1935, p. 103

Au cours de ses recherches sur le traitement des verrues par les lysats, T. a injecté dans le derme de plusieurs individus le filtrat d'une macération de verrues vulgaires ; plusieurs injections étaient pratiquées chez chaque sujet afin d'étudier le comportement du filtrat non chauffé, ou chauffé à 50°, 55°, 60° et 65° C.

Chez l'un des sujets, une verrue apparut au bout d'un an seulement à l'endroit correspondant à l'injection du filtrat non chauffé ; une seconde verrue plus petite apparue à l'endroit correspondant à l'injection du filtrat chauffé à 50° C. Chez un autre sujet, une verrue apparut vingt mois après l'injection du filtrat non chauffé.

L'incubation des verrues peut donc durer un an et même un an et demi. Le virus de la verrue paraît être détruit au-dessus de 50° C.

S. Fernet.

ERRATUM

Dans le travail de MM. B. Dujardin, H. Baonville et J. Titeca, *Les réagines du Sang et du Liquide céphalo-rachidien dans la syphilis du système nerveux*, paru dans notre fascicule de septembre 1935.

Page 815, tableau II, prière de lire :

Noms	Symptômes cliniques	Malaria	B.-W. Sang	B.-W. L. C.-R.	Index	Phase
. . .	. . . .	. . . . .	. . .	. . . .	. . . .	. . .
Dew. . .	Hémiplégie+aphasie	avant	2	1/2	1/4	I
		3 m. après	8	1/2	1/16	II
		10 m. après	1	0	0	II
. . .	. . . .	. . . . .	. . .	. . . .	. . . .	. . .

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX



CONSIDÉRATIONS HISTOGÉNÉTIQUES ET CLINIQUES SUR LES ÉPITHÉLIOMES CUTANÉS DE DÉRIVATION GLANDULAIRE SUDORIPARE (1)

Par le Professeur Franco FLARER
Directeur.

Clinique dermosyphilopathique de la R. Université de Catane
Directeur : Professeur Franco Flarer.

La casuistique des tumeurs malignes à point de départ des glandes sudoripares est modeste et l'on peut dire que peu de dizaines de cas, relativement récents constituent le matériel qui appartient sûrement à ce groupe, étant donné que bon nombre de cas plus anciens ne résistent pas à l'analyse critique et doivent être rangés dans d'autres catégories. D'autre part, nombreux sont les points intéressants et non tout à fait clairs qui, du point de vue clinique et histologique, se rattachent au problème de la néoplasie maligne ayant pour origine les susdites glandes, aussi le problème lui-même peut-il actuellement être considéré comme étant à l'ordre du jour à beaucoup de points de vue.

J'ai eu l'occasion d'examiner, dans une courte période de temps quatre cas de ces néoplasies et j'en profite pour une mise au point des parties encore discutées qui concernent ce sujet.

Je décris d'abord brièvement les cas, auxquels fera suite une analyse résumée des principales caractéristiques et une discussion critique sur les points controversés de ce chapitre d'oncologie.

(1) Traduit de l'italien par le Docteur Cav. G. Belgodere, Membre correspondant de la Société italienne de Dermatologie et Syphiligraphie.

Cas I.

R. A..., 63 ans. Rien de particulier au point de vue de l'hérédité et de l'anamnèse. Mariée, elle eut des enfants sains et ne souffrit pas de maladies dignes d'être signalées. Elle accuse une manifestation prurigineuse humide au mamelon droit qui, à son dire, date d'une année. Elle a fait des traitements symptomatiques de toutes sortes sans en avoir obtenu aucun véritable avantage. L'examen objectif met en évidence les faits suivants :

A l'aréole mammaire de droite, on remarque une surface suintante de couleur rouge vif, qui entoure le mamelon, lequel apparaît conservé, bien qu'un peu rétracté ; l'examen attentif de la manifestation met en évidence une série de petits éléments érosifs ulcéreux, superficiels et confluents avec quelque petite saillie ulcérée et issue d'un suintement séreux qui entretient de couleur rouge vif le fond de la manifestation elle-même ; les tentatives d'ablation de quelques petites croûtes s'accompagnent de faciles petites hémorragies, de persistance notable.

La glande mammaire est très facilement explorable à plat sur le fond thoracique, étant donné sa flaccidité extrême et cet examen ne met en évidence aucune participation de la glande au processus. C'est-à-dire que l'on n'apprécie ni nodules, ni gonflements, ni points douloureux, et celle-ci apparaît parfaitement normale. Par contre, l'exploration du creux axillaire correspondant met en évidence une tuméfaction d'une glande lymphatique très sensible ; la glande elle-même atteint le volume d'une amande, elle est dure et mobile.

On prélève un petit fragment de la manifestation de l'aréole et, le diagnostic clinique d'épithélioma étant confirmé, on procède à la coagulation diathermique de la lésion et, en même temps, à l'ablation du ganglion axillaire qui est, lui aussi, examiné histologiquement.

Avant de décrire avec plus de précision les faits histologiques, je dois ajouter quelques détails sur l'évolution ultérieure de la forme morbide.

La destruction diathermique a été efficace et définitive et la guérison locale complète a été obtenue ; de même l'ablation du ganglion a été suivie de guérison. La malade a été sous observation pendant un an et demi et, à une pareille distance de temps, il n'y avait aucun signe de récidive locale et aucun signe de manifestation ganglionnaire mammaire, ce qui, à mon avis, est très important pour l'interprétation génétique du cas, sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Caractères histologiques. — Manifestation de l'aréole.

L'aspect histologique est très uniforme dans les divers points de la préparation et est caractérisé en substance par les faits suivants : disparition presque complète de l'épithélium normal, envahi, et, en

grande partie, remplacé par un tissu néoplasique composé de grands éléments cellulaires à noyau clair, avec nucléoles très évidents, d'aspect et de dimensions variables, mais avec des caractères d'atypie et, sur quelques points, de véritable et propre monstruosité cellulaire. Formation, dans le tissu sous-épithélial, d'amas et de cordons de cellules tout à fait analogues aux précédentes, qui forment une sorte de dessin aréolaire bien visible même à petit grossissement et d'aspect général clair, précisément par les caractères des noyaux des cellules qui, étroitement tassées et adossées, constituent une espèce de mosaïque poly-

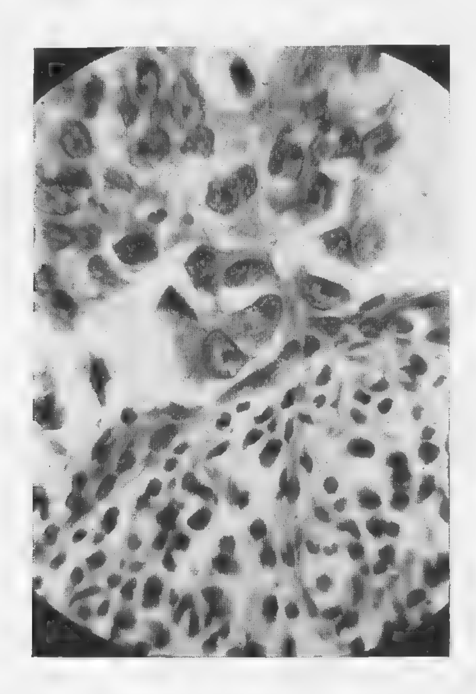


Fig. 1 (Cas I).

gonale dans laquelle ressortent très évidents les contours des noyaux et des nucléoles. Outre ces amas, qui viennent souvent en contact avec les résidus du tissu épithélial normal, on voit partir du derme des cordons constitués par un petit nombre de rangées généralement de ces cellules, à décours parallèle avec un certain espace central simulant une véritable lumière canaliculaire, sans avoir cependant un contenu évident (fig. 1, 2, 3, 4).

Dans l'ensemble, la néoformation apparaît de nette provenance dermique avec propagation vers la surface et mise en contact avec l'épi-

thélium qui en grande partie disparaît, remplacé précisément par ce nouveau tissu néoformé ; dans certains points cependant la double constitution et le double dessin cellulaire des deux tissus épithéliaux, celui de l'épiderme et celui du néoplasme sont bien visibles. Le premier, beaucoup plus rose par la dimension prédominante des protoplasmes et beaucoup plus régulier par la disposition réciproque des divers éléments ; le second, beaucoup plus blanc et bleu, par la coloration nucléolaire intense et par la prédominance nette des dimensions des noyaux sur les protoplasmes très réduits, à peine visibles.

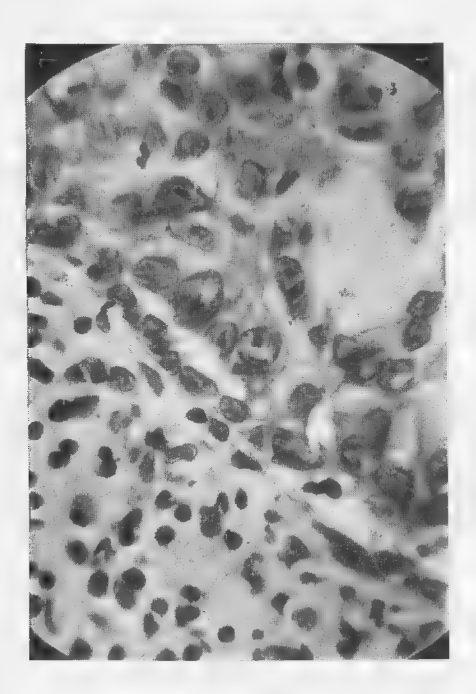


Fig. 2 (Cas I).

Les annexes cutanées apparaissent introuvables dans le tissu dermique, complètement remplacées et détruites par la masse néoformée et seulement sur deux points sont visibles des résidus canaliculaires de glande sudoripare dont on reconnaît facilement l'aspect par la disposition et la structure régulière des éléments composants. Un fait très intéressant, c'est que, tout auprès de ces résidus normaux de glande, on constate quelques dilatations lacunaires de dimension quadruple comme lumière de la dimension normale, tapissées par une couche de cellules épithéliales, qui rappellent d'assez près les cellules glandu-

laires, mais qui sont plus petites, plus intensément colorées dans la partie nucléaire avec un protoplasma par contre très réduit, cellules qui ressemblent beaucoup à des éléments libres qui, dans le tissu néo-

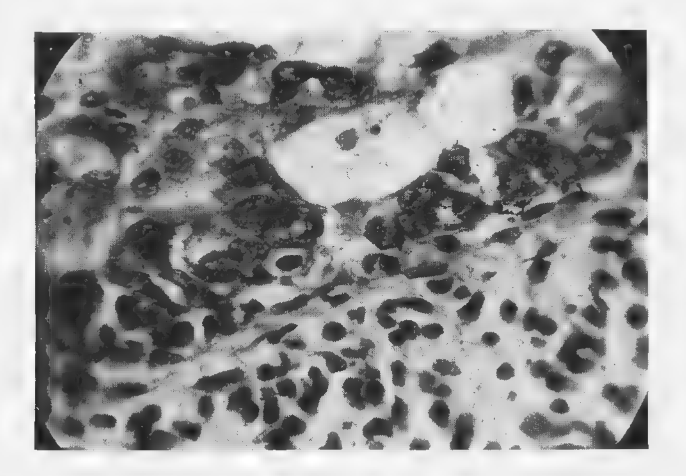


Fig. 3 (Cas I).

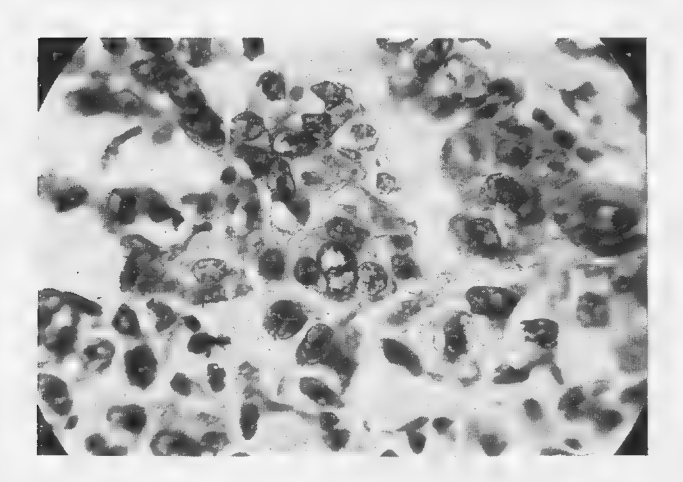


Fig. 4 (Cas I).

formé, alternent avec les grosses et monstrueuses cellules claires que nous avons dit constituer la partie principale de la néoformation.

Le derme lui-même présente aussi des altérations de caractère inflammatoire réactif de faible degré, sous forme d'infiltration parvi-cellu-

laire en foyer avec lymphocytes abondants, mais sans caractères particuliers de densité et d'importance ; très caractéristiques sont d'amples dilatations lymphatiques, tapissées par une couche très mince de cellules endothéliales.

Considérons maintenant avec plus d'attention les caractères des éléments cellulaires qui constituent la néoplasie, étant donné que, de la description d'ensemble de la néoformation, il apparaît clairement combien est délicat un diagnostic histogénétique de la néoformation elle-même.

L'aspect des éléments cellulaires est sensiblement différent selon qu'ils se trouvent dans l'épithélium ou bien réunis en amas ou en formations cordoniformes sous l'épithélium ; dans le premier cas, les éléments cellulaires néoplasiques se distinguent facilement par la monstruosité nucléaire en général et par la vacuolisation du noyau lui-même, qui apparaît précisément pour cette raison beaucoup plus clair et moins compact que celui des éléments normaux de l'épithélium ; d'un autre côté, tandis que le protoplasma des éléments épithéliaux normaux est ample et régulier, celui des éléments néoformés est beaucoup plus limité, souvent réduit à un limbe très étroit, mince au point de n'être presque pas visible, si bien que les éléments apparaissent presque comme uniquement composés du noyau. A côté de ces éléments, qui présentent souvent des formations caryocinétiques à différents stades, il en existe d'autres très nombreux d'origine épidermique, au moins comme apparance et caractères, qui présentent des phénomènes typiques de vacuolisation péri-nucléaire, qui font que, autour du noyau fortement coloré en général et compact, apparaît une zone circulaire claire, comme une ample vacuole arrondie qui entoure le noyau lui-même, quelquefois l'élément cellulaire tout entier, noyau et protoplasme, qui se trouve ainsi isolé en quelque sorte du tissu environnant ; ces formations cellulaires, qui rappellent les figures et les théories consécutives de la ségrégation cellulaire de Darier, typique des épithéliomes dyskératoriques et, en partie aussi, du Paget, sont du reste notablement différents des éléments monstrueux certainement néoplasiques qui sont visibles soit dans l'épiderme, soit dans le derme et semblent plutôt devoir être interprétés comme des signes de souffrance cellulaire générique, comme tels pouvant être aussi très souvent rencontrés dans des formes indépendantes de toute néoplasie maligne ; je rappelle comment, dans des expériences de greffe cutanée homologue, j'ai eu à signaler combien souvent apparaissent dans l'épithélium greffé des images de ce type, qui précèdent généralement des faits de souffrance et de dégénérescence du greffon lui-même.

Dans l'autre siège, c'est-à-dire au sein de la masse néoplasique à siège dermique et en contact avec la couche basale de l'épiderme avec lequel souvent elle se confond jusqu'à l'envahir et à se substituer à ses éléments cellulaires, les aspects des cellules néoplasiques sont doubles,

et peuvent se ramener à deux types principaux : éléments petits avec noyau bien colorable, structure chromatinique plutôt compacte, protoplasma régulier assez large, bien reconnaissable, cellules de dimensions presque polygonale qui rappellent beaucoup les éléments composant le tube glandulaire sudoripare, duquel ils se distinguent par une colorabilité plus grande, par une certaine atypie nucléaire et par une plus grande affinité du protoplasme pour les matières colorantes.

A côté de ces éléments, il y en a par contre de beaucoup plus grands, avec noyau de dimensions double et même triple des précédents, avec aréole claire du noyau aussi manifeste et avec dilatation aussi intense de la chromatine au point de donner l'image d'éléments qui se seraient brusquement dilatés, très clairs, avec de petites mottes de chromatine irrégulièrement disposées et réunies par une trame très fine ; ces éléments sont assez semblables à ceux qui sont décrits dans l'épiderme et qui alternent avec les précédents, constituant la masse néoplasique lobée et en cordons qui envahit tout le derme, vient au contact de l'épiderme lui-même ; il convient d'observer que, tandis que les petits éléments ci-dessus décrits sont généralement isolés et éparpillés, ces grands éléments sont réunis très souvent en formations syncitiales lobées, de manière à former presque un tissu très mince et très riche de noyaux densément et irrégulièrement adossés.

Nous devons maintenant dire quelque chose des caractères histologiques du ganglion axillaire prélevé ; dans ce ganglion on pouvait apercevoir macroscopiquement des points de calcification hilaire et, en tout cas, l'examen histologique a mis en évidence les faits suivants : structure ganglionnaire conservée dans son dessin général, dans quelques points du ganglion, apparaissent des syncitiums d'aspect clair, entourés par une certaine réaction conjonctive qui apparaît comme un aspect plus compact du tissu stromal ; examinés avec un fort grossissement, ils apparaissent comme des éléments cellulaires plurinucléaires avec des noyaux nettement épithélioïdes à la périphérie, noyaux ovalaires avec nucléoles fort bien colorables, éléments qui sont à rapporter à une réaction endothéliale des sinus lymphatiques à l'excitant cancérigène, car il n'existe pas de signes évidents d'une véritable invasion métastatique du ganglion. D'autre part, la guérison de la lésion et la persistance de cette guérison elle-même pendant plus d'un an et demi après la destruction du foyer aréolaire et l'ablation du ganglion confirment une pareille interprétation.

Il reste à discuter si l'origine primitive de la néoplasie de l'aréole, qui présentait beaucoup des caractères cliniques et histologiques d'un Paget, doit être rapportée à la peau, aux annexes cutanées, ou à la glande mammaire. Je crois pouvoir exclure, dès maintenant, une origine profonde de la glande mammaire, et cela en raison du résultat complètement négatif de l'exploration par la palpation et en raison de l'effet thérapeutique excellent de la destruction locale, qui a permis la conservation partielle du mamelon et qui n'a été suivie d'aucune récidive.

Il est plus délicat de préciser si la dérivation provient des glandes sudoripares ou de canaux mammaires accessoires, car dans les deux cas, il s'agit de formations embryologiquement analogues et cela peut avoir une grande importance pour la détermination des caractères histologiques et cliniques de l'épithélioma dérivé.

Cas II.

Rien dans l'anamnèse ni dans l'hérédité. Il s'agit d'une petite vieille saine et en bonnes conditions générales, qui souffre d'une forme d'eczéma sec du cuir chevelu pour laquelle elle se présente à l'observation. Les manifestations qui attirent notre attention sont situées au visage et se présentent sous deux formes : formes érythémato-pigmentaires, fixes, avec aspect de petits placards couverts d'une desquamation très tenace et adhérente, et si l'on détache les squames, on met en évidence un léger état verruqueux de l'épiderme et un certain état onctueux de la surface cutanée avoisinante ; de petites ectasies vasculaires évidentes accompagnent ces manifestations qui sont visibles sur les côtés du nez et à la joue et qui ont toutes les caractéristiques des manifestations pré-épithéliomateuses à caractère verrucoïde, qui s'observent très facilement sur la peau des vieillards qui sont exposés pendant de longues années au soleil et aux agents atmosphériques. A la joue gauche, sous la région orbitaire, il existe une manifestation qui diffère un peu des précédentes par une certaine gravité plus grande : c'est-à-dire que l'on constate une petite ulcération superficielle à fond rouge vif, avec ourlet relevé bien visible et constitué comme par de petits boutons de tissu, irréguliers de forme ; la manifestation est recouverte par une croûte hématique, dont l'ablation provoque facilement le saignottement de l'ulcération sous-jacente ; la palpation de cette manifestation, de dimensions très réduites (un demi-centimètre) révèle un développement sous-épithélial évident de celle-ci, sous la forme d'un petit disque dur qui déborde circulairement d'un demi-centimètre par rapport aux dimensions de l'ulcération et qui adhère à celle-ci intimement, constituant avec elle une formation unique de consistance plutôt dure et à limites bien définies, bien qu'elles ne soient pas tout à fait nettes, vis-à-vis du tissu environnant.

Le diagnostic clinique de néoplasie à caractère pagétoïde s'adapterait très bien à la formation suintante, ulcéreuse, superficielle ; caractère différentiel peu commun : l'extension en profondeur de la manifestation sous la forme d'un petit disque de tissu néoplasique très dur et compact. Il n'existe pas de réactions aux ganglions lymphatiques.

On pratique l'ablation large de la manifestation du visage et on en fait l'examen histologique tandis qu'une moitié du tissu sert pour des expériences de greffe sur lesquelles je reviendrai par la suite, étant

donné qu'elles ont une certaine importance pour l'histogenèse de ce cas.

L'examen histologique met en évidence un tableau qui se trouve répondre parfaitement aux caractéristiques cliniques, en ce que la néoformation est composée de deux parties distinctes, bien que mélangées entre elles et confluentes : une partie superficielle qui comporte une cancérisation évidente du tissu épithélial cutané encore en partie con-



Fig. 5 (Cas II).

servé, et une partie profonde qui, partant du derme, s'étend en surface et tend à se propager vers la partie épithéliale ; elle vient ainsi au contact de cette dernière, de manière que, si, en beaucoup de points, par la diversité du dessin structural, la partie néoplasique peut encore se distinguer de l'épithélium, ces deux couches étant séparées par la couche basale très riche de cellules atypiques sur la description desquelles nous reviendrons, sur d'autres points, en correspondance de

l'ulcération, la partie épithéliale semble complètement disparue et ce qui affleure et s'ulcère est le tissu néoplasique profond, qui s'est porté vers la surface.

Décrivons maintenant brièvement les caractères des deux centres néoplasiques, épidermique et profond. Naturellement, cette distinction est purement artificielle, dans le sens que, comme nous l'avons dit, il existe des points de confluence et de pénétration entre ces deux centres,

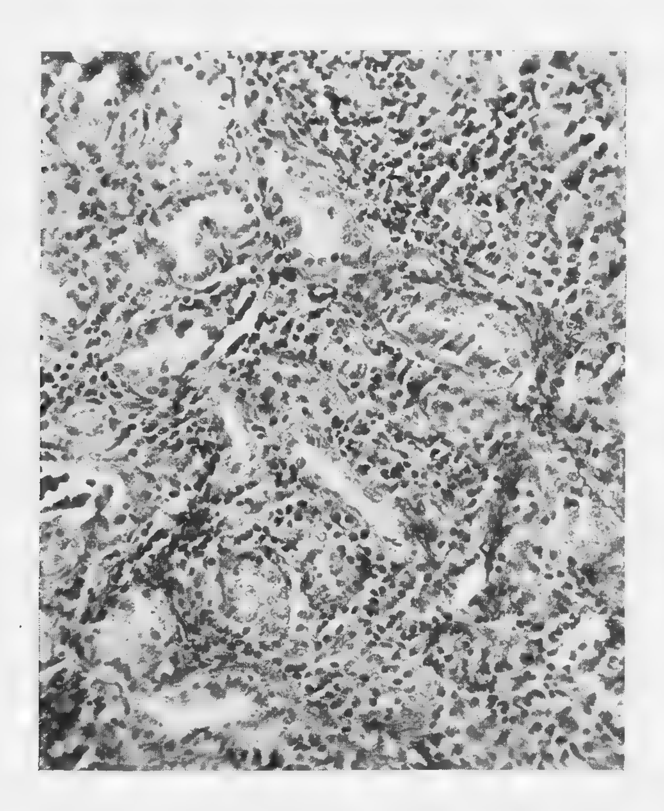


Fig. 6 (Cas II).

et il serait difficile de dire lequel des deux est le primitif ou s'ils sont contemporains. Dans la profondeur, le tissu néoplasique prend nettement son origine des centres glandulaires sudoripares ; les degrés de passage des structures canaliculaires normales aux formations tubulaires et aux masses néoplasiques sont graduels et souvent faciles à reconstituer à travers les vues successives des préparations. La progression peut, en substance, se ramener aux aspects suivants, qui pourraient être autant de stades, au moins morphologiques : le cana-

licule de la glande sudoripare, en certains points généralement plus superficiels que ceux où siègent les glomérules normaux, apparaît de dimensions absolument inusitées, quatre à cinq fois la dimension normale, les éléments cellulaires qui l'entourent et le composent perdent en partie leurs caractères typiques en ce que les noyaux deviennent beaucoup plus petits et plus compacts, le protoplasma perd les caractéristiques de structure régulière et devient un petit halo fortement colorable ; en même temps, parmi ces éléments apparaissent certaines cellules à noyau atypique, avec structure chromatinique beaucoup plus



Fig. 7 (Cas II).

rare, de manière que le noyau apparaît plus clair, et avec disposition des petits blocs chromatiniques très bizarre ; l'atypie, les mêmes éléments cellulaires (comme caractères morphologiques) ci-dessus décrits, perdent la disposition tubulaire et assument l'aspect de traînées cellulaires en fuseau ou arrondies qui ne présentent plus de lumière évidente et, en même temps, s'accentuent les caractères d'atypie nucléaire : c'est-à-dire que le noyau devient clair et vacuolaire d'une manière très évidente et de gros blocs chromatiniques apparaissent en lui, épars, réunis par de très fins résidus filiformes qui rendent absolument bizarre et irrégulière sa physionomie générale ; le volume aussi de ces éléments varie : les uns très grands, les autres moins, le protoplasma aussi se modifie, et généralement se réduit, par rapport à l'augmentation du volume nucléaire, si bien que, là où les éléments sont amassés, on a

l'aspect d'un tissu formé presque uniquement des seuls noyaux (fig. 5, 6, 7).

A côté de ces éléments persistent quelques groupes ou tractus allongés d'éléments cellulaires plus petits, plus intensément colorables, moins vacuolisés dans leur noyau, mais toujours atypiques, qui rappellent cependant davantage les éléments constitutifs du tube sudoripare ; de toute façon, ce tissu néoformé, à dessin d'ensemble irrégulier, vient au contact de la couche basale, l'envahit en partie, à en juger par l'apparition en elle d'éléments tout à fait semblables aux précédents, la division générale des deux tissus étant cependant conservée et visible surtout à travers le dessin structural et simultanément, apparaissent dans l'épithélium le plus superficiel, dans la couche granuleuse surtout, des cellules claires, à noyau fortement vacuolisé, plus grand qu'à l'état normal, sans épines ou filaments de conjugaison visibles, mais au contraire isolées et souvent entourées d'une vacuole délimitante ; sur d'autres points, le dessin en mosaïque du tissu épithélial s'altère comme rapports réciproques des divers éléments et apparaissent ces altérations dans la disposition réciproque et dans la forme des composants qui accompagnent la cancérisation de l'épithélium ; je dois dire cependant que les éléments cellulaires sont toujours assez facilement différenciables des éléments profonds, au moins dans la majorité des points.

Nous avons eu une preuve de la provenance glandulaire sudoripare de la néoformation par une expérience qui fait partie d'une série de recherches publiées ailleurs sur la réceptivité néoplasique chez le porteur de tumeur, et c'est-à-dire, ayant fait une greffe au bras de la moitié de l'épithélioma prélevé, nous avons vu que la partie glandulaire profonde du greffon lui-même s'était fixée et que, de cette partie, débutaient et partaient les jetées de tissu néoformé qui, sous forme de syncitiums et de cordons cellulaires, tendaient à se porter vers la surface le long des bords du greffon lui-même.

Nous reviendrons à la fin de ce travail sur quelques caractéristiques cellulaires particulières de la néoformation et surtout sur ses rapports histogénétiques avec l'épithélioma de Paget.

Cas III.

Il résulte de l'anamnèse une infection luétique antérieure et peu traitée qui s'accompagne d'une réaction de Wassermann fortement positive. A l'examen général, il n'apparaît rien d'autre qui soit digne de mention, rien aux dépens des divers appareils et organes. Le malade présente au front une manifestation unique, de la dimension d'une pièce de monnaie, bien délimitée, de couleur rouge vif, avec un fond irrégulier, constitué par des reliefs, des boutons d'aspect rose pâle, alternant avec des zones clairement ulcérées et saignant facilement,

bord relevé de consistance assez compacte en partie proliférant, en partie aussi ulcéré ; la manifestation apparaît mobile sur la boîte cranienne, bien qu'elle ait envahi la peau dans toute son épaisseur. Sur toute la peau du front et du visage, apparaissent de nombreuses plaques d'aspect verruqueux, squameuses et pigmentées, avec des ectasies vasculaires, ayant tous les caractères d'une verrucose sénile. A la région pré-auriculaire de gauche, on aperçoit une saillie de la dimension d'une amande, recouverte de peau normale ; à la palpation, on constate une masse de caractère nettement ganglionnaire, dure, mobile sur les tissus profonds et superficiels et bien isolable.

On procède au prélèvement d'un fragment de tumeur du front pour examen histologique et à l'ablation du ganglion pré-auriculaire qui est enlevé en totalité avec la capsule et qui, sectionnée, montre deux points de ramollissement avec une substance blanchâtre à type quasi sébacé. Le ganglion lui aussi est inclus *in toto* et examiné histologiquement.

Examen histologique. — Néoformation du front.

La néoplasie, également dans ce cas comme dans le précédent, consiste en deux noyaux, bien distincts sur certains points, confluents et avec des caractères intermédiaires sur d'autres. Un noyau profond est constitué par un mouvement d'atypie et de prolifération qui intéresse les glandes tubulaires sudoripares ; beaucoup plus que dans le cas précédent, l'atypie glandulaire va se manifestant rapidement, si bien que, avec un très petit nombre de tubes normaux, prévalent de beaucoup des groupes d'éléments à disposition irrégulièrement tubulaire, mais sans lumière, avec des cellules fortement vacuolisées, avec des aspects de monstruosité et d'atypie très évidents, éléments qui tendent aussi à se détacher de la charpente initiale, à se disséminer et à infiltrer le derme avoisinant ; elles sont en effet visibles, plus ou moins modifiées jusqu'à la limite épidermique et en certains points, l'épiderme lui-même n'est plus visible, complètement remplacé par ce tissu néoformé à caractères particuliers. Cependant, à côté de ces éléments cellulaires nettement épithéliomateux, il existe aussi des néoformations tubuliformes, sous la forme de cavités de dimension notable, irrégulières comme lumière, souvent rapprochées, privées de contenu central visible, revêtues d'une seule couche de petites cellules épithéliales légèrement plus aplaties et plus petites que celles qui tapissent généralement le tube glandulaire sudoripare, très semblables par contre aux éléments qui tapissent le tube lui-même dans sa partie non glandulaire, mais du canal excréteur. Que de tels éléments soient néoformés et aient une signification néoplasique nette, c'est ce que démontrent, outre les caractéristiques de dimension et de situation, absolument inexplicables par le simple concept d'une hyperplasie d'éléments normaux, le fait que l'on rencontrera des formes en tous points semblables dans le ganglion lymphati-

que, précisément en même temps que le tissu néoplasique métastatique, qui a envahi le ganglion lui-même et sur les caractères duquel nous reviendrons (fig. 8).

Dans l'ensemble donc, l'examen de la néoplasie du front met en évidence les aspects généraux suivants de la néoplasie elle-même :

Formations néoplasiques à point de départ glandulaire sudoripare,

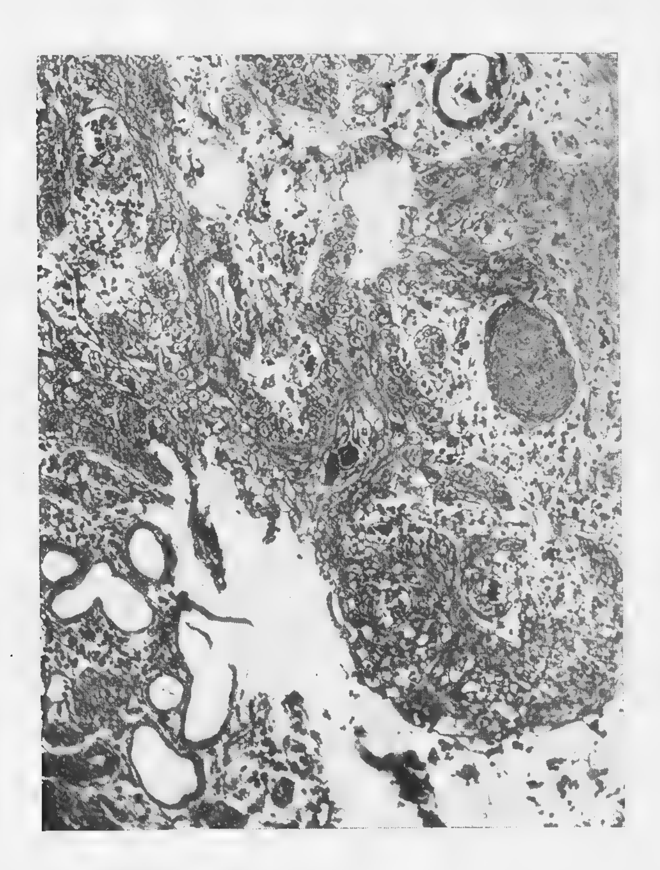


Fig. 8 (Cas III).

avec mouvement évolutif des éléments eux-mêmes vers des cellules atypiques à noyau clair, avec des caractères évidents de monstruosité, cellules qui tendent à se grouper tout d'abord avec des dispositions qui rappellent encore la structure tubulaire et, peu à peu, avec des caractères toujours plus évidents de désordre, qui s'accompagne d'une plus grande atypie des éléments eux-mêmes. Ce tissu néoformé tend à se porter vers la surface et à envahir l'épithélium par des éléments

isolés qui sont bien visibles par les caractères surtout nucléaires et qui donnent à l'épithélium lui-même le typique aspect lacunaire et quasi vacuolaire tel qu'on le rencontre aussi dans les épithéliomas de type Bowen, en partie ils parviennent à envahir en quelques points tout l'épithélium, le remplaçant par un tissu uniformément néoplasique dans lequel ne sont plus reconnaissables les éléments et les structures épidermiques préformés (fig. 9).

Formations tubulaires qui conservent encore passablement le type des éléments des parois, très voisines encore des éléments qui tapissent

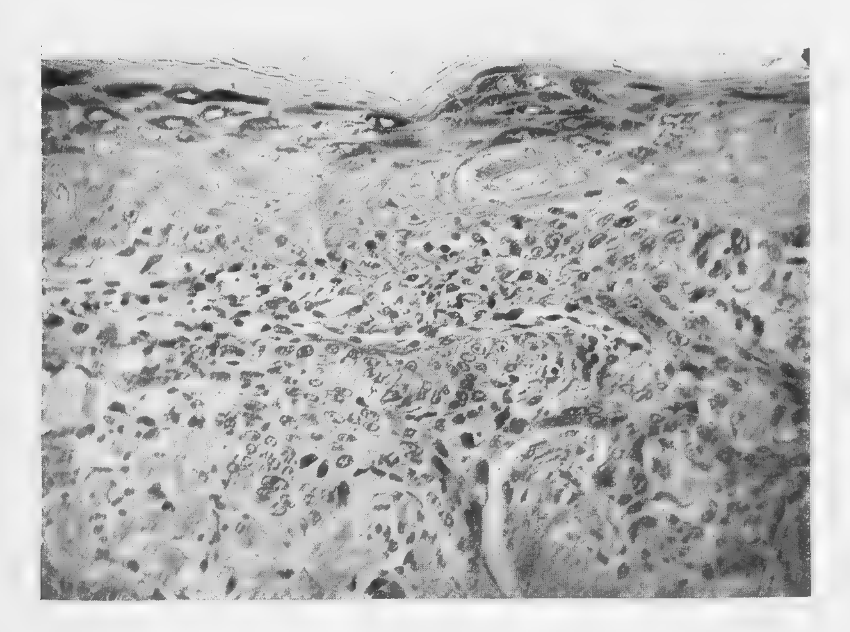


Fig. 9 (Cas III).

le tube normal, formations cependant qui, par le siège, par les dimensions et par les figures de confluence et de disposition qu'elles assument, sont sans aucun doute à considérer comme néoformées, ce qui est démontré aussi par leur présence dans le ganglion lymphatique métastatique.

Le tissu environnant participe faiblement au mouvement néoformatif et seulement sur certains points on trouve des ébauches de réaction à caractère inflammatoire, avec présence surtout de lymphocytes et réaction de la partie histiocytaire conjonctive, rares sont les éléments leucocytaires et rares les cellules plasmatiques.

L'ablation du ganglion lymphatique a permis un examen complet de celui-ci et, comme la section et l'inclusion à toute épaisseur a été possible, on a pu pratiquer un examen précis de la disposition et des caractéristiques des gros noyaux métastatiques qui apparaissaient macroscopiquement visibles vers les zones centrales du ganglion. A un très petit grossissement, on remarque une grande formation arrondie qui occupe tout le corps du ganglion, entourée par des résidus de tissu

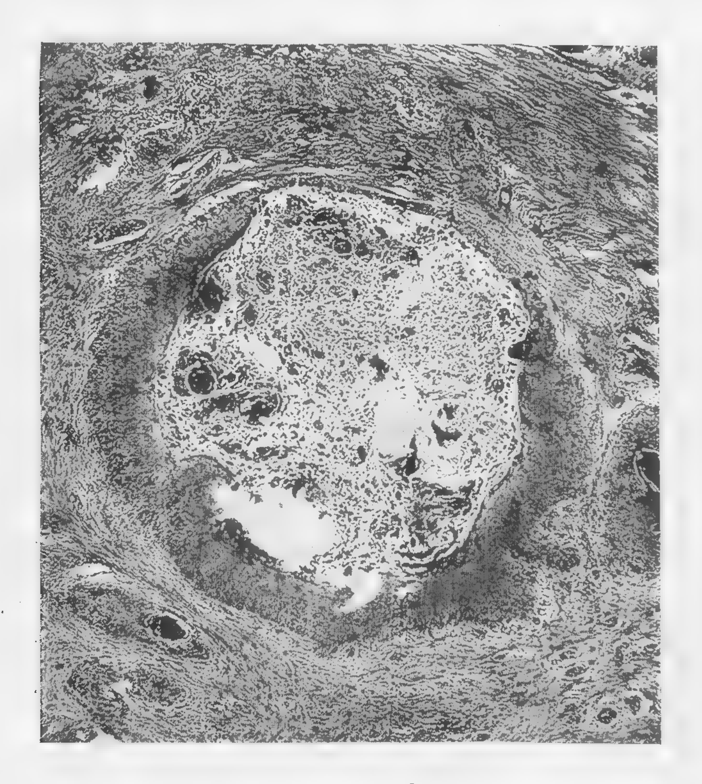


Fig. 10 (Cas III).

lymphatique ; cette formation, avec des éléments constitutifs à structure et à disposition typiquement épithéliale, contient une très ample lumière, partiellement remplie de lamelles amorphes et de résidus cellulaires qui donnent un aspect particulier à la cavité elle-même et qui rappellent, multipliés d'une manière notable, le contenu de la partie haute d'un tube sudoripare, c'est-à-dire des résidus cellulaires, des cellules de desquamation, de la substance cornée et en partie grasse, le tout disposé en couches concentriques, adhérentes dans les premières

couches et ensuite se détachant toujours davantage des parois, enfin libres dans la cavité de la formation tubulaire elle-même (fig. 10).

A côté de ces formations qui, par la disposition et l'atypie des composants cellulaires, se superposent parfaitement à la structure du tissu néoplasique du front, on pouvait voir dans certains points les mêmes formations tubulaires grêles, à une seule couche de cellules de revêtement, à aspect assez typique, considéré dans ses éléments isolés, d'évidente origine néoformative et métastatique.



Fig. 11 (Cas III).

L'examen à un plus fort grossissement des éléments constituants montrait une variété d'aspects cellulaires vraiment intéressante si on la comparaît surtout avec les formations visibles dans la tumeur originale.

La structure générale était de double type : groupement des cellules de caractère et de disposition glandulaire : c'est-à-dire, formations tubulaires généralement sans lumière évidente, mais constituées par des cellules à noyau plutôt clair, de forme régulière, avec un étroit halo protoplasmique, adossées densément les unes aux autres ; disséminées

parmi celles-ci, d'autres cellules à noyau nettement vacuolisé bien visible en raison de cette caractéristique, de dimensions très grandes, souvent faisant saillie vers ce qui semble la lumière de la formation canaliculaire et, à côté de celles-ci, certaines cellules franchement vésiculeuses avec monstruosités nucléaires. Outre ces formations, il en



Fig. 12 (Cas III).

existe d'autres, constituées par une bordure cellulaire épithéliale en quelques points passablement typique, ayant dans leur partie interne des cellules à contenu granuleux kérato-hyalinique qui aboutissent en partie à la formation de lamelles de désagrégation cornée avec formations cornées arrondies, en partie, au contraire, donnant lieu à une desquamation épithéliale avec éléments cellulaires bien conservés qui

rappelle de très près les caractères du contenu, en partie cellulaire, en partie amorphe, des tubes sudoripares.

Dans cet épithélium néoplasique pluri-stratifié qui délimite ces cavités sont visibles les plus typiques et les plus belles figures de cellules monstrueuses, avec caractères absolument semblables à ce que sont les cellules dyskératosiques les plus typiques, les classiques figures à manteau, les formes à gros noyau caryocinétique avec les figures les moins habituelles et les plus étranges, les formes plurinucléées.



Fig. 13 (Cas III).

Tous ces aspects d'un polymorphisme nucléaire qui répète cependant des figures notoirement caractéristiques et facilement reconnaissables, nous les voyons reproduits dans l'épithélium néoformé dans lequel sont encore bien visibles des cellules à type épineux avec filaments et franges très évidentes par les méthodes idoines de coloration (fig. 11, 12, 13, 14).



Fig. 14 (Cas III).

Cas IV.

Femme de 50 ans. Rien de particulier dans l'anamnèse et dans l'hérédité. Rien de particulier à l'examen général qui mette en évidence des manifestations morbides dignes de mention. Rien de particulier par les examens habituels de laboratoire.

La manifestation pour laquelle la femme s'adresse à nous est localisée à la lèvre supérieure, à la partie latérale de celle-ci, un peu en dedans du sillon naso-génien. Il s'agit d'une manifestation atrophique proliférative se présentant sous la forme de petits boutons ulcérés à la partie

centrale, avec une lente tendance à l'augmentation des dimensions, avec un bord relevé et irrégulier, avec un fond rose saignant facilement, et avec de petites saillies proliférantes ; sur quelques points, la bordure non ulcérée apparaît comme un ourlet clair de consistance assez forte, bien délimité et circonscrit ; ces petites saillies, qui sont au nombre de quatre bien visibles et de deux à peine indiquées, sont disséminées dans un tissu atrophique cicatriciel, bien visible par sa couleur blanche, sans aucun dessin folliculaire ; la manifestation dans son ensemble, à forme irrégulièrement circulaire, atteint les dimensions d'un gros sou.

On ne palpe pas de ganglions satellites ; la lésion date, au dire de la malade, de plusieurs années et augmente très lentement.

Le diagnostic clinique peut tenir compte d'une forme luétique à type ulcéro-serpigineux, mais la couleur, l'aspect des divers éléments, le caractère prolifératif qui constamment les accompagne, les caractères de la bordure, sont autant de données qui cadrent très peu avec ce diagnostic, tandis que les mêmes caractères sont beaucoup plus voisins de ceux d'une forme d'épithélioma plan cicatriciel très semblable cliniquement aux épithéliomas superficiels du type Arning.

De toute façon, on procède à une biopsie assez large comprenant un bouton néoformé et du tissu environnant.

L'examen histologique met en évidence les faits suivants :

Prolifération néoplasique, de type baso-cellulaire, aux dépens de l'épithélium qui, en certains points, déborde la limite papillaire normale et s'enfonce en profondeur sous la forme de bourgeons qui, parfois, entretiennent des caractères de continuité avec l'épithélium et parfois apparaissent comme isolés en plein derme ; atypie cellulaire moyenne, sans formations cornées en oignon, tandis que dans d'autres, les caractères cellulaires sont typiquement baso-cellulaires.

A côté de ce mouvement néoplasique qui semblerait à point de départ nettement épidermique, il existe un mouvement prolifératif plus profond qui se détache des pelotons glandulaires sudoripares qui mérite d'être décrit pour ses caractéristiques et pour quelques considérations qui peuvent se faire sur sa signification par rapport à la néoformation épithéliale à laquelle nous avons fait allusion et sur laquelle nous n'insistons pas plus longuement en raison de l'absence en elle de caractères spéciaux.

Au niveau des coudes sudoripares, on observe une quantité anormale de ceux-ci, beaucoup plus grande que ce que l'on observe habituellement, en général avec des caractères de cellules et de structure typiques, sur certains points cependant, avec une condensation plus grande des éléments de la paroi, on observe une formation centrale, isolée de la paroi elle-même, avec aspect assez compact et les caractéristiques tinctoriales de la substance hyaline, une espèce de contenu solide du coude sudoripare ; beaucoup d'autres formations analogues se voient

sur d'autres points du tissu conjonctif qui entoure les masses glandulaires ; il manque cependant complètement les cellules claires fortement atypiques analogues à celles du cas précédent, il manque aussi des formations cordoniformes fermées à peu d'éléments, avec tendance envahissante, comme dans le premier cas ; il existe, par contre, un véritable mouvement prolifératif aux dépens des appareils glandulaires sudoripares, mouvement qui conduit à la formation de quelques cordons clos, avec contenu homogène et compact, à structure amorphe, ayant les caractéristiques tinctoriales et structurales de la substance hyaline. Quelques cordons apparaissent même complètement fermés

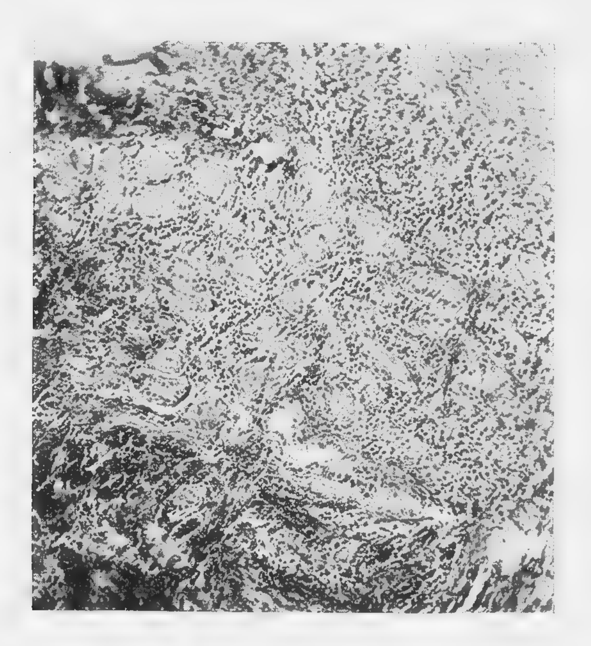


Fig. 15 (Cas IV)

par une prolifération interne d'éléments de la paroi, qui remplissent la cavité, assumant de cette manière, non plus l'aspect de manchons, mais de masses arrondies pleines, constituées par des éléments cellulaires disposés avec une certaine régularité d'une manière concentrique. Même en déplaçant les préparations, on ne trouve pas de points d'atypie comme dans le cas précédent, mais des signes de participation de l'appareil glandulaire à la néoplasie, participation qui se dirait non pas point de départ ou d'origine de la néoplasie comme dans les cas précédents, mais mouvement néoformatif contemporain lié peut-être à l'action d'un excitant unique.

Il est intéressant d'observer la diversité structurale et des éléments, visible dans ce cas, par comparaison aux précédents (fig. 15).

*
* *

La casuistique que nous venons d'exposer appartient évidemment à cette catégorie de tumeurs à point de départ des glandes sudoripares qui doivent se définir épithéliomes, et qui ont bien peu à voir avec cette autre catégorie de néoformations, généralement bénignes, et de règle multiples, qui sont connues sous les noms de syringomes ou adénomes et autres semblables. Il y a de profondes différences histologiques, mais surtout cliniques entre les deux catégories, telles que l'on doit les distinguer d'une manière nette, même si, dans quelque cas rare, d'une forme syringomateuse, peut prendre origine une néoformation épithéliale vraie proprement dite.

Nous ne nous occuperons donc point des syringomes ou des hydroadénomes et nous considérerons seulement brièvement ce qui regarde l'épithélioma d'origine glandulaire sudoripare et quelques problèmes encore non résolus qui se relient à cette question.

Un travail récent de Crosti qui en rapporte deux cas traite d'une manière étendue et très claire ce chapitre et je renvoie à son travail pour ce qui concerne l'encadrement casuistique de la littérature, casuistique qui, par un sévère travail de critique, réduit les cas eux-mêmes à une trentaine, pas plus. En outre, parmi eux, beaucoup plus rares (pas plus d'une demi-douzaine) sont les cas qui ont eu une évolution grave métastatique avec caractères de carcinome vrai ; un cas récent avec une bonne bibliographie a été publié aussi par Pelagatti (17).

Les cas que j'ai décrits se prêtent bien à une étude histogénétique en ce qui concerne les points substantiels suivants :

I. — Caractéristiques structurales de la cellule néoplasique de dérivation glandulaire sudoripare.

II. — Comportement de l'épithélium de revêtement dans les néoplasies de dérivation glandulaire sudoripare.

III. — Rapports entre l'épithélioma de dérivation glandulaire sudoripare et les épithéliomas de dérivation épidermique.

I

Pour ce qui concerne le premier point, c'est-à-dire les caractéristiques structurales de l'épithélioma de dérivation glandulaire sudoripare, il résulte des cas que j'ai rapportés que les plus amples possibilités morphologiques, c'est-à-dire, de la formation de caractère adénomateux tubulaire (généralement point de départ ou voisin du foyer d'origine de la néoplasie) jusqu'à la formation carcinomateuse spino-cellulaire avec formations cornées, sont possibles dans les néoplasies de ce type. Sans doute, dans les différents cas on voit prédominer l'un ou l'autre aspect, mais il y a cependant des cas, comme celui qui a donné des métastases ganglionnaires, dans lesquels les différentes possibilités évolutives sont représentées et maintenues avec une certaine possibilité de différenciation, soit dans la localisation initiale, soit dans la localisation ganglionnaire. Il est intéressant aussi de résumer les caractéristiques des divers éléments cellulaires.

1. — Petites cellules rondes et légèrement cubiques, avec noyau compact, blocs chromatiniques intensément colorés, protoplasma très réduit, cellules qui sont densément adossées les unes aux autres et qui souvent reproduisent des formations tubulaires ou en cordons. Ces éléments cellulaires ont sûrement pour origine les canaux glandulaires et en reproduisent d'une manière assez suggestive les caractéristiques morphologiques. D'autre part, elles sont dans certains cas certainement néoplasiques comme le démontre par exemple leur présence dans la métastase ganglionnaire.

2. — Eléments cellulaires qui ressemblent beaucoup aux précédents, mais qui ont un caractère moins différencié ; le noyau est plus compact, plus uniformément coloré la forme du noyau et du protoplasma correspondant (plus ample et plus intensément colorable) est ovale, souvent ces éléments apparaissent aplatis par un rapprochement réciproque étroit.

Souvent ces formations assument une disposition verticellée qui rappelle un peu les formations tubulaires ci-dessus décrites mais qui est en général privée d'une véritable lumière ; ce sont en général

des éléments cellulaires épithéliaux de caractère indifférencié, en tout semblables à ceux qui sont visibles dans les épithéliomas baso-cellulaires. Parfois le tableau de la néoplasie est presque exclusivement constitué par ces éléments et par ces structures baso-cellulaires et assume les caractéristiques cliniques des basaliomes cutanés à évolution lente et relativement bénigne. La démonstration de la dérivation glandulaire de ces néoformations est difficile à donner en général. Dans un de nos cas, il existe des images et des points de passage vraiment insensibles et indiscutables qui parlent dans ce sens (cas II).

3. — Grandes cellules qui s'écartent complètement des précédentes par atypie, par caractéristiques nucléaires, par cette monstruosité plus ou moins accentuée qui est la caractéristique principale des néoformations malignes. Ces éléments cellulaires méritent dans leur variété qu'on leur consacre une description plus précise. Il s'agit d'éléments dans lesquels les dimensions du noyau prévalent nettement sur celles du protoplasma, le noyau est à caractère nettement vésiculeux et la disposition des petits blocs chromatiniques très irrégulièrement disséminés assume une variété tellement accentuée d'aspects qu'elle fait penser à une activité reproductrice et métabolique absolument anormale comme intensité et rapidité; beaucoup de ces dispositions chromatiniques rappellent, plus ou moins déformées, des images de caryocinèse, beaucoup d'autres apparaissent comme liées à une intense labilité cellulaire et ont la signification de phénomènes de caractère régressif qui frappent l'élément cellulaire lui-même.

Ces cellules qui, par la teinte claire que leur confère leurs caractères nucléaires, sont facilement visibles et différenciables des autres, sont très difficiles à définir au point de vue de leur origine. Elles ne présentent pas, en effet, des caractères de passage comme les précédentes et, bien qu'elles appartiennent au type des cellules épithéliales, il est vraiment difficile de dire si elles dérivent d'éléments préformés de siège glandulaire et desquels, ou si elles ne représentent pas plutôt un élément nouveau qui, contrairement aux précédents, ne peut être rapporté à aucun type cellulaire normal.

L'origine de ces cellules, qui constituent le véritable substratum histologique de la malignité de la néoformation, est assez difficile à

définir : on en trouve dans la profondeur, en contact direct et eu rapport direct avec les noyaux glandulaires sudoripares et avec les formations cellulaires ci-dessus décrites ; elles manquent par exemple complètement dans les formes qui assument les caractéristiques déjà rappelées des basaliomes ; par contre, elles sont intimement associées avec les formations tubulaires et à caractère nettement glandulaire dans deux des cas ci-dessus rapportés, de telle manière qu'il semblerait facile d'en admettre l'origine commune. Cependant, pendant que les éléments cellulaires des deux premiers types décrits n'apparaissent pas au sein du tissu épidermique, mais demeurent dans la profondeur où ils constituent le noyau original de la néoplasie, et, quand ils arrivent au contact de l'épiderme on en distingue la ligne de frontière qui n'est pas dépassée, réciproquement, des éléments à caractère monstrueux, avec noyau vésiculeux de très grandes dimensions, avec atypie profonde dans la disposition chromatinique, avec monstruosité cellulaire qui arrive jusqu'à créer des images de cellules plurinucléées, avec réactions tinctoriales protoplasmiques nettement différentes de celles des éléments épithéliaux normaux, apparaissent au sein de l'épithélium, à l'improviste, pourrions-nous dire, dans le sens qu'il n'existe pas ces caractères de continuité qui existent par contre dans les formations du type I et II.

Bien que ces cellules soient à tous points de vue analogues aux éléments profonds, nous ne saurions dire si elles représentent des éléments cellulaires de cette origine, parvenus dans l'épiderme par une certaine mobilité et capacité extensive, ou si, au contraire, il ne s'agit pas d'une viciation essentielle, d'une altération particulière qui frappe un élément préformé épithélial en en changeant essentiellement les caractéristiques ; ceci parce que s'il existe sans doute des images qui peuvent faire penser à l'une où à l'autre hypothèse, les caractères intrinsèques du nouvel élément sont si profondément nouveaux et originaux qu'il est impossible de répondre nettement à une telle question.

Entrons à ce propos dans la discussion du second point de la question, c'est-à-dire le comportement de l'épithélium de revêtement dans ces néoformations d'origine glandulaire sudoripare ; mais avant de traiter ce point, nous devons dire quelque chose de la disposition générale qu'assume la néoplasie dans le tissu cutané.

Nos cas présentent à ce point de vue une variété très intéressante même en ce qui concerne les caractéristiques cellulaires des différents cas. Dans le premier, il s'agissait d'une néoplasie d'origine glandulaire dont l'origine sudoripare était nettement masquée par un tissu néoplasique fortement atypique à cellules du type III, avec tendance fortement envahissante, à en juger par le fait que de tels éléments cellulaires se propageaient le long des espaces lymphatiques et arrivaient presque partout au contact de l'épithélium de revêtement, et même, en beaucoup de points, l'envahissaient, à un tel point qu'elles donnaient lieu aux caractéristiques petites ulcérations qui, examinées histologiquement, correspondaient justement aux zones de cancérisation épithéliale.

Dans ce cas, la capacité proliférative atypique était telle qu'elle arrivait rapidement à constituer un type cellulaire absolument prévalent et fortement caractéristique, élément cellulaire qui, par sa morphologie intrinsèque et par les figures et formations intraépithéliales auxquelles il donnait lieu était extraordinairement analogue, sinon identique aux cellules de l'épithélioma de Paget. Ce cas, par son décours caractéristique et par l'absence de localisation mammaire profonde démontrée même par l'évolution, viendrait à l'appui de l'opinion de certains auteurs, justement reprise par Crosti dans une récente contribution à cette question, d'une dérivation possible glandulaire sudoripare outre la dérivation mammaire, avec invasion cutanée secondaire, de l'épithélioma de Paget.

Dans un autre cas cependant (4ᵉ cas) la structure et la physionomie de la néoplasie ont été complètement différentes, c'est-à-dire, pendant que l'on constatait la conservation d'une physionomie clairement tubulaire avec tendance à conserver en général des formations qui rappelaient beaucoup les tubes sudoripares (bien qu'avec une fonctionnalité altérée, comme le démontrait l'absence de contenu sécrétoire et la présence au contraire d'un contenu hyalin et conjonctif), dans le deuxième cas, au contraire, la formation tubulaire passait, par gradations insensibles à des formations vorticellées, constituées par des cellules indifférenciées de caractère baso-cellulaire et tout le derme apparaissait sillonné par ces lignes irrégulières à tendance ascendante d'éléments de ce type, juxtaposées en formations serrées de peu de cellules parallèles. Dans le cas 3 enfin, qui s'est montré capable de métastase ganglionnaire et

de formations spino-cellulaires bien visibles, on a vu reparaître, outre les cellules de caractère glandulaire et les formations cordoniformes et tubulaires, l'élément cellulaire monstrueux du type 3, élément cellulaire présent dans le derme, dans l'épiderme en certains points, et dans la métastase ganglionnaire, élément qui, bien qu'on doive admettre qu'il soit lié à la néoformation glandulaire, présente cependant de tels caractères d'atypie et de monstruosité nucléaire, qu'il est difficile de le relier par des degrés de passage aux précédents, élément en partie analogue à ceux du cas 1 c'est-à-dire aux cellules de type Paget, mais beaucoup plus aux cellules de l'épithélioma de Bowen ou de ces épithéliomas dyskératosiques de Darier, qui peuvent rentrer dans ce type.

II

Nous devons à ce point de vue, aborder le second point de la question, concernant la participation épidermique à ces néoplasies d'origine plus profonde et ses caractères.

Pendant que, dans le cas 2 et dans le cas 4, les caractères de la participation épidermique étaient de caractère générique, constituées surtout par l'apparition dans la couche granuleuse et cornée d'éléments cellulaires avec une ample vacuole périnucléaire, cellules d'aspect clair, mais qui n'ont rien de commun avec les éléments néoplasiques profonds, et qui apparaissent aussi dans beaucoup d'autres manifestations de toute autre nature et qui comportent une certaine souffrance du trophisme épithélial, dans le premier cas au contraire, et dans le troisième, les figures et les aspects cellulaires intraépithéliaux sont d'un haut intérêt et se relient directement aux questions inhérentes à l'histogénèse des épithéliomas de Paget, de Bowen. Les aspects qui leur sont conférés par la présence de cellules particulières, un peu différentes dans les deux cas, mais dans tous les deux étrangères comme caractères intrinsèques aux éléments épithéliaux épidermiques, et clairement visibles par leur aspect plus clair et par leurs caractères de monstruosité, sont analogues aux caractères des épithéliomas de Paget et de Bowen respectivement. Dans notre premier cas il y avait même le siège du Paget à l'aréole mammaire, tandis que dans l'autre, le siège

était au front, dans tous les deux cependant, les éléments cellulaires qui avaient envahi l'épiderme étaient très semblables, au point de faire penser à une origine commune et, étant donné l'évolution du premier cas et les faits de néoplasie profonde dans l'autre, il était difficile de ne pas les mettre en rapport avec la présence de la néoplasie sudoripare qui existait dans les deux lésions.

On connaît les controverses multiples qui ont surgi et qui encore s'affrontent à propos de la genèse et de la nature des formations cellulaires intraépithéliales dans les deux formes, et, tandis que, pour l'épithélioma de Bowen je renvoie à un de mes récents travaux sur ce point (3), pour le Paget, je renvoie au travail de Crosti déjà cité et à celui de Rousset. Il reste toujours à discuter, même en admettant et en ayant présentes à l'esprit les diverses théories, laquelle se prête le mieux à élucider nos cas. Restent en discussion évidemment la théorie primitive de Darier sur l'origine autochtone par ségrégation et desmolyse ou bien celle de l'origine profonde par migration cutanée de Jacobeus (4), de Ribert (5), reprise et partiellement modifiée par Pautrier (6), Masson (7), Rousset (8) et Massia (9), et récemment Crosti. Encore ces divers auteurs ne sont ils pas d'accord sur le fait de la dérivation d'une néoplasie mammaire, ou sudoripare, ou sébacée, par les uns et les autres tour à tour invoquée, mais pour la plupart, ils interprètent les images cutanées comme dues à l'immigration de telles cellules d'origine glandulaire profonde.

Naturellement, la question ne pourra être résolue que par une récolte ultérieure précise de faits bien étudiés et bien rapportés qui soient susceptibles de permettre le rassemblement d'un matériel casuistique abondant et tel qu'il puisse permettre une documentation définitive.

Les points essentiels à discuter sont donc au nombre de deux :
1° Etant admise la dérivation glandulaire, qu'elle soit mammaire, sébacée ou sudoripare, est-il possible de les distinguer d'après les caractères des images qui apparaissent dans l'épithélium, ou bien ces images sont-elles ou peuvent-elles être égales ?

2° Quelle que soit la dérivation, pourvu qu'elle soit glandulaire, l'apparition des cellules particulières dans l'épithélium est-elle due exclusivement à une immigration cellulaire (épithélioma épidermotrope) ou bien à une cancérisation des cellules épithéliales (selon

les idées de Pautrier) ou bien ne peut-on admettre comme possible la ségrégation de Darier, comme processus de cancérisation initiale cellulaire, primitive, ou secondaire à une néoplasie profonde ?

Pour ce qui concerne le premier point, il n'est pas dans mon intention d'entrer dans une discussion qui d'ailleurs a été faite récemment par les auteurs cités plus haut.

En ce qui concerne ma casuistique personnelle, je rappelle mon précédent travail sur une forme qui, histologiquement, avait les caractères du Bowen et qui était d'origine glandulaire sébacée certaine ; quant aux cas du travail actuel, ils sont d'origine sudoripare, dans le sens de la présence d'une néoplasie glandulaire sudoripare de type adénocarcinomateux.

Je dois ajouter comme critique partielle des opinions adverses des auteurs qui soutiennent l'une ou l'autre dérivation (sébacée ou sudoripare, outre que mammaire) pour le Paget, que, s'il est vrai que les éléments cellulaires des cas classiquement typiques sont différents dans l'épithélioma de Paget et dans celui de Bowen, cependant, il existe sûrement des éléments cellulaires néoplasiques, apparaissant dans l'épiderme, avec des monstruosités évidentes qui peuvent rendre difficile leur classification et leur rattachement à l'une ou l'autre forme, et seul, le critère du siège et de la néoplasie concomitante profonde peut élucider un pareil point. Dans ma casuistique par exemple, précisément entre le cas d'origine sébacée rapporté il y a quelque temps et les cas actuels d'origine sudoripare certaine, il existait des analogies très grandes au point de vue de l'aspect des éléments néoplasiques intraépithéliaux, tandis qu'une différenciation devenait possible et même facile en allant chercher le foyer néoplasique profond. Je ne m'étonne donc pas de ce que, tandis que quelques auteurs parlent de l'origine du Paget extra-mammaire par néoplasie sébacée (Rousset et Massia) d'autres, comme Crosti, pensent aux glandes sudoripares, demeurant admise l'éventualité d'une origine de la glande mammaire. Une telle controverse pourrait avoir une base substantielle de conciliation en considérant l'origine embryologique cutanée commune avec différenciation graduelle et successive de tous ces annexes glandulaires.

Dans les cas que j'ai décrits on pouvait en vérité distinguer au moins trois types cellulaires bien reconnaissables, bien qu'il s'agisse d'une néoplasie unique et il est plus que jamais nécessaire dans ce

sens de tenir compte de la possibilité évolutive multiple de ces éléments des conduits glandulaires sur lesquels Grynfeld (10) et d'autres ont attiré l'attention, comme moi-même (11) dans une note sur l'adénome sébacé ; dans ces éléments nous avons l'exemple d'éléments normalement pluripotents au point de vue de l'évolution.

Il reste à discuter la question accessoire de la genèse des éléments intraépithéliaux.

A ce sujet, Grzybowski, dans un de ses cas récents, mettait en évidence comment il existait des images qui justifiaient soit la conception de Darier, soit celle de Pautrier et Masson, étant donné que l'on peut distinguer des images cellulaires qui parlent dans un sens et des images qui parlent dans l'autre sens.

Sur quelques points des néo-formations que j'ai examinées l'on aperçoit des images qui permettraient de se rallier à un pareil point de vue conciliant et qui se rapportent surtout au cas III, c'est-à-dire celui qui, pour avoir donné même des métastases adénocarcinomateuses sudoripares dans un ganglion lymphatique est le plus clairement et le plus indiscutablement originaire de cette annexe cutanée. En effet, si nous examinons les figures et les préparations de ce cas, nous voyons d'un côté que les éléments cellulaires monstrueux intraépithéliaux ont des caractères absolument dissemblables de ceux des cellules épithéliales qui les entourent, faisant penser à une provenance étrangère de ces éléments et précisément une provenance de la néoplasie sous-jacente ; dans certains points cependant on trouve des images qui permettent de voir une cancérisation d'éléments qui conservent encore, surtout par leurs rapports avec les éléments voisins et par les filaments d'union, des restes évidents de leur préstructure épithéliale épidermique normale, avec des points de passage évidents entre les cellules normales et les cellules néoplasiques intraépithéliales (fig. 11, 12, 13, 14).

Ces cellules ne sont pas simplement dyskératosiques, c'est-à-dire des cellules claires, indice d'altération trophique aspécifique (c'est là une très juste objection de Crosti à l'identification générique des cellules de Paget avec les cellules dyskératosiques, objection à laquelle je m'associe parfaitement) mais ce sont clairement des cellules à évolution néoplasique et peut être même, très probablement, en proie à cette cancérisation cellulaire à laquelle se rattache

Pautrier dans l'interprétation des monstruosités cellulaires qui apparaissent dans l'épiderme dans ces cas.

La question qui se présente spontanément à l'esprit en présence de ces interprétations contradictoires de la part d'auteurs qui, par leur expérience et leur habileté interprétative et d'observation sont au-dessus de toute discussion, est de savoir si, comme l'objecte en effet Grzybowski, on ne peut pas avoir raison dans les divers camps opposés, c'est-à-dire si on ne peut pas expliquer autrement que comme des erreurs d'interprétation les observations qui ont conduit aux différents points de vue en question.

Pour pouvoir donner à cette question une réponse définitive, il serait nécessaire de savoir plus que nous ne savons sur la nature de la néoplasie et sur son étiopathogénie, mais j'estime que déjà, les notions que nous possédons sont suffisantes pour se faire une vue unitaire sur certaines de ces interprétations contradictoires.

Pour ce qui concerne les cellules de Paget typiques, par exemple, je crois que l'on peut considérer comme acceptable la possibilité de leur origine profonde et d'une immigration intraépithéliale et à ce sujet, sont assez intéressantes bien qu'elles demandent confirmation, les constatations de Kolossow (13) reprises récemment par Koschewnikhow et Mme Dobroworskaia (14) c'est-à-dire de l'existence de véritables canalicules lymphatiques intraépithéliaux ; ceux-ci pourraient représenter la voie par laquelle les éléments cellulaires néoplasiques arriveraient à l'épithélium, apparaissant avec ce caractère brusque et sans points de passage avec les cellules avoisinantes au sein de l'épiderme lui-même. La migration le long des lymphatiques que nous savons se faire si facilement dans les néoplasies pourrait donc être encore ici en cause pour expliquer les figures caractéristiques de l'épithélioma de Paget.

Cependant, à mon sens, toutes les figures du Paget, et surtout du Bowen ne peuvent pas être interprétées dans ce sens et la conception de la cancérisation cellulaire à distance ne peut pas être repoussée, en raison de nombreux faits qui s'imposent à notre attention.

Les caractéristiques morphologiques elles-mêmes des éléments cellulaires qui, dans les cas d'épithélioma glandulaire sudoripare ou sébacé apparaissent dans l'épithélium, montrent des points de passage avec les cellules épidermiques. Surtout, beaucoup des cel-

lules claires qui sont visibles dans l'épiderme lui-même dans ces cas et qui ne sont pas seulement des cellules dyskératosiques, mais bien des cellules profondément atypiques, et avec altérations nucléaires progressives, montrent, à travers des évolutions successives, qu'elles peuvent être reliées aux cellules de l'épiderme avec lesquelles elles peuvent avoir comme caractères communs l'appareil filamenteux par exemple, ce qui apparaît très évident dans quelques figures de mes cas ou ce qui a été vu également par Civatte (15).

Il reste à expliquer comment peut advenir une cancérisation à distance et à début nucléaire et là, nous entrons précisément dans le point obscur de la question.

Il convient cependant d'avoir présent à l'esprit que la néoplasie en général démontre une certaine duplicité évolutive, c'est-à-dire, pendant qu'elle s'accroît d'un côté par contiguïté comme un nouveau tissu qui s'étent progressivement en maintenant un contact cellulaire rigoureux (en admettant cependant que des cellules puissent se détacher du tissu et émigrer à distance en provoquant de nouvelles proliférations) cependant, il est également certain que, du tissu néoplasique lui-même, prenant naissance, des substances qui ont une action favorisant le développement à distance et l'hyper réceptivité néoplasique (*Wuchs stoffe* de Ehrlich, *blastine* de Centani, substances activantes rencontrées aussi par Rondoni) et les altérations nucléaires à caractère progressif que nous rencontrons dans ces néoplasies, à distance du foyer initial et qui se rencontrent également souvent dans l'épithélium de revêtement des néoplasies non épithéliales, mais sarcomateuses (voir le cas de Casazza) (16) comme moi-même j'ai pu l'observer dans un cas typique de sarcome avec intenses phénomènes réactifs et prolifératifs de l'épithélium de revêtement, parlent dans ce sens.

III

Le troisième et dernier point concerne, comme nous l'avons dit, les rapports entre les épithéliomas d'origine glandulaire et les épithéliomas d'origine épidermique.

Ce qui résulte à ce sujet de la littérature et de l'expérience personnelle ci-dessus exposée peut se résumer dans les considérations suivantes qui peuvent avoir un caractère conclusif :

Il est possible d'observer, dans les épithéliomas cutanés, une participation des appareils glandulaires au processus néoplasique, apparaissant simultanément ou bien secondaire au développement de l'épithélioma à point de départ épidermique ; dans ces cas, comme dans notre cas n° 11, rien de particulier n'est à signaler du point de vue morphologique et histologique au sujet de ces épithéliomas, sinon que souvent la participation glandulaire a les caractères d'une hyperplasie plutôt que ceux d'une néoplasie maligne, d'une réaction proliférative souvent contenue dans les limites de caractères passablement typiques, comme si les glandes cutanées réagissaient à des substances excito-proliferatrices qui proviendraient de la tumeur épidermique, et qui, comme nous l'avons dit, sont admises par certains auteurs. Il peut y avoir aussi une vraie et propre participation néoplasique secondaire ou contemporaine des glandes elles-mêmes, avec formations adéno-carcinomateuses secondaires à la tumeur épidermique, mais elles sont vraiment rares et semblent plutôt devoir être interprétées comme une propagation par contiguïté de la néoplasie épidermique qui envahit les glandes elles-mêmes en y faisant pénétrer le tissu néoplasique.

Il est possible par contre, dans des cas indubitablement beaucoup plus rares mais très intéressants du point de vue histologique, de distinguer une néoplasie glandulaire primitive ou contemporaine par rapport à la néoplasie épidermique, et dans ces cas, que la néoplasie soit à point de départ glandulaire sudoripare ou sébacé ou mammaire, souvent les aspects que l'épiderme vient à assumer donnent lieu à des images d'interprétation complexe et diverse d'un cas à l'autre. C'est-à-dire qu'il est possible d'admettre : 1° Une diffusion à l'épiderme de cellules néoplasiques de provenance glandulaire profonde (cellule de Paget, cellule de Bowen ?) et qui peuvent arriver à l'épiderme probablement par la voie lymphatique, apparaissant dans l'épithélium grâce à un certain épidermotropisme. 2° Une production intraépidermique de cellules cancéreuses autochtones qui ne sont pas toujours différenciables des précédentes et qui pourraient être interprétées comme étant dues à une cancérisation cellulaire par l'action du même excitant cancérigène qui a produit la néoplasie profonde (cancérisation cellulaire contenue, selon les idées de Pautrier). 3° L'apparition de cellules qui ont des rapports certains de dérivation avec les cellules épidermiques, mais

qui présentent des altérations surtout nucléaires ayant un certain caractère de progressivité mais avec des aspects qui peuvent se présenter aussi sous l'influence d'actions épidermotropes à type excito-proliferatif ou dystrophique encore sans rapport avec une néoplasie maligne (cellules dyskératosiques de Darier).

Dans l'état actuel de nos connaissances incomplètes sur l'étiopathogénie du cancer, il me semble que ces diverses interprétations soient acceptables, dans le sens qu'elles représentent autant de possibilités qui peuvent dans chaque cas particulier se vérifier et qui donnent lieu à des images qui souvent sont difficiles à différencier entre elles.

D'autre part, ces interprétations seraient fort bien expliquées dès lors que seraient certainement démontrées certaines idées, qui d'autre part ont un substratum expérimental très valable et une correspondance très suggestive dans beaucoup de données d'ordre clinique. Je veux faire allusion à la double interprétation qui peut être donnée d'une tumeur maligne, en la considérant d'une part comme la résultante d'une excitation qui continue son action lorsque la tumeur a pris naissance, et qui semblerait même prendre son origine dans le néoplasme lui-même, d'autre part comme un tissu nouveau, c'est-à-dire un ensemble de cellules capables de croissance indéfinie et de propagation à distance; la double action de l'excitant et de l'arrivée par contre d'éléments cellulaires néoplasiques vrais et propres pourrait expliquer fort bien les images intéressantes et qui ne sont pas toujours facilement interprétables dans leur véritable entité et origine, que l'on rencontre dans les adénocarcinomes cutanés avec participations glandulaire et épithéliale contemporaines.

BIBLIOGRAPHIE CITÉE DANS LE TEXTE

(La bibliographie sur le sujet est complète dans les travaux de Crosti et de Rousset, auxquels je renvoie).

1. Crosti. — *Giornale ital. di Dermatologia*, 1929.
2. Crosti. — *Giornale ital. di Dermatologia*, 1932.
3. Flarer. — *Giornale ital. di Dermatologia*, 1933.
4. Jacobeus. — Cit. *in* Arndt : *Virchv'Arch.*, 1926.
5. Ribbert. — Cit. *in* Arndt : *Virchv'Arch.*, 1926.

6. Pautrier. — Cit. *in* Rousset : Les dyskératinisations épithéliomateuses. Masson, 1931.
7. Masson. — Cit. *in* Rousset : Les dyskératinisations épithéliomateuses. Masson, 1931.
8. Rousset. — Les dyskératinisations épithéliomateuses. Masson, 1931.
9. Massia. — *Bull. Soc. fr. de Dermat.*, 1931.
10. Grynfeldt. — *Bull. Assoc. fr. pour l'étude du cancer*, vol. **11**, nº 2; *Idem.*, vol. **18**, nº 1.
11. Flarer. — *Arch. ital. di Dermat.*, 1927.
12. Grzybowski. — *Ann. de Dermatologie*, 1933.
13. Kolossov. — *Arch. russ. d'Anat., d'Hist. etc.*, 1925.
14. Koschewnikow et Dobrotworskaia. — *Arch. f. Dermat. u. Syphil.*, 1935, vol. **171**.
15. Civatte. — Cité dans Crosti, *loc. cit.*
16. Casazza. — *Giorn. ital. di Dermat.*, 1933.
17. Pelagatti — *Tumori*, 1934.

SUR UN CAS EXTRAORDINAIRE DE CHEILITE LEUCOPLASIFORME

Par le Dr Fernando OLLER COROMINAS (de Barcelone).
(Travail de la Clinique des maladies cutanées de la Faculté de Médecine de Strasbourg, Professeur L.-M. Pautrier).

De nombreux travaux assez récents ont fait connaître des affections tout à fait spéciales de la lèvre inférieure auxquelles on a donné le nom générique de chéilites. De ces travaux, il ressort qu'à l'heure actuelle il existe trois syndromes nettement établis : ce sont la chéilite exfoliative de Kummel-Mickulitz, la chéilite glandulaire simple de Puente-Acevedo-Bejarano, la chéilite aposthémateuse de Volkmann-Unna-Baeltz.

Nous rapportons un cas personnel que nous devons à l'obligeance de notre Maître, M. Pautrier. Il nous est très difficile, *a priori*, de classer ce cas dans un des trois syndromes mentionnés, parce qu'il présente des particularités qui lui donne une allure bien spéciale.

Observation clinique

Il s'agit d'un homme, Born..., âgé de 65 ans, ouvrier manœuvre, qui est venu consulter au mois de septembre 1934 pour des lésions leucoplasiformes de la lèvre inférieure et des commissures.

Admis au service de la clinique, il nous raconte que la lésion aurait débuté, il y a deux ans, par une ulcération occupant la face interne de la joue gauche près de la commissure labiale ; cette ulcération aurait été étroite et allongée dans le sens horizontal avec, déjà, à ce moment, un bord leucoplasique. Dans la suite, cette lésion s'est étendue progressivement pour recouvrir toute la lèvre inférieure par un enduit leucoplasique tellement important qu'il a fini par devenir gênant et motiver l'admission à la clinique.

Les antécédents du malade ne nous apportent aucun document important : sa mère est morte d'une broncho-pneumonie et son père de vieillesse à l'âge de 84 ans ; un frère est mort d'une fièvre typhoïde et

une sœur d'une broncho-pneumonie, un frère et une sœur sont actuellement bien portants. Le malade lui-même, à part une sciatique dont il souffre depuis 10 ans, aurait toujours été bien portant ; il est marié, sa femme a fait une fausse couche de 3 mois, mais l'interrogatoire précis ne nous apprend aucun antécédent vénérien. Signalons encore que notre malade est grand fumeur tant en ce qui concerne les cigarettes roulées que la pipe.

A l'examen, nous constatons que la lésion occupe à peu près toute la lèvre inférieure en débordant légèrement au niveau de la commissure droite sur la muqueuse de la joue ; à gauche, au contraire, elle s'étend largement sur la muqueuse jugale, bien au delà de la commissure. Cette lésion de la muqueuse jugale occupe horizontalement une étendue qui mesure 6 centimètres de long sur 1 cm. 1/2 de hauteur ; les bords en sont nettement arrêtés et se confondent en avant avec les lésions de la commissure et de la lèvre inférieure qui vont être décrites plus bas. Ce placard semble formé par deux versants juxtaposés, un supérieur et un inférieur, séparés par un sillon médian qui s'étend sur presque toute la longueur de la lésion. L'ensemble de la lésion fait nettement saillie sur la muqueuse saine ; sa surface, légèrement végétante et ulcéreuse, est d'un rouge vif, mais parsemé d'un piqueté de points blanchâtres qui sont du reste adhérents et ont un aspect leucoplasique.

Cette lésion se continue au niveau de la commissure de la lèvre qu'elle occupe dans sa totalité. Mais à ce niveau, l'aspect change, toute la surface est occupée par un enduit leucoplasique blanchâtre, épais, dur et adhérent, mais sous lequel existe manifestement un état ulcéreux et végétant.

Les lésions se continuent de là sur toute la face muqueuse supérieure de la lèvre inférieure. L'enduit leucoplasiforme est saillant mais nettement limité en avant à quelques millimètres du rebord cutané de la lèvre. Cette bordure antérieure est recouverte par un enduit croûteux, dur, sec, très adhérent, peu marqué. Au niveau du rebord postérieur, les lésions s'arrêtent à quelques millimètres en dessous du rebord visible de la lèvre dont elles n'occupent donc que la demi-muqueuse ; toute la partie inférieure de la muqueuse de la lèvre est saine. Ici encore toute la moitié gauche de la lèvre est recouverte par un enduit leucoplasique, formant une sorte de pointillé entre les mailles duquel apparaissent de petits points de muqueuse rouge vif, non ulcérés. Au toucher, toute cette muqueuse leucoplasique est nettement infiltrée.

La partie médiane de la lèvre est occupée par une sorte d'incisure qui divise les lésions en deux et au niveau de laquelle l'enduit devient plus adhérent et plus épais.

Les lésions diminuent d'intensité dans la moitié droite de la lèvre. Le rebord antérieur reste dessiné par un liseré croûteux, sec et saillant ; le rebord postérieur par un liseré leucoplasique, blanchâtre, net-

tement arrêté ; toute la demi-muqueuse de la lèvre présente une teinte rose vif avec de petits points érosifs, mais elle est recouverte d'un pointillé leucoplasique qui, par places, est formé de ponctuations de la grosseur d'une tête d'épingle, tandis qu'à la partie postérieure, elle est formée d'une nappe plus continue.

Un petit fait d'observation mérite d'être retenu tout particulièrement. Afin de faire pénétrer les nombreux topiques que nous avons employés chez notre malade et dont nous dirons un mot plus bas, nous avons détaché l'enduit leucoplasiforme préalablement. Or, au



Fig. 1. — Cheilite glandulaire simple remarquable par l'abondance de l'enduit leucoplasiforme qui recouvre toute la lèvre inférieure et est particulièrement important au niveau de la commissure labiale gauche.

niveau de la surface rouge mise à nue, nous avons vu apparaître deux ou trois jours plus tard de minuscules îlots blanchâtres à peine surélevés qui, à l'examen attentif ou à la loupe, se présentaient comme de petits anneaux entourant une petite ombilication centrale à peine rose-rouge par endroits. A la pression, aucun écoulement ne se produit au niveau de ce pointillé blanc. Ce dernier représente le début de formation d'un nouvel enduit leucoplasique qui, quelques jours plus tard,

en effet, recouvre de nouveau abondamment surtout la partie gauche de la lèvre.

A l'examen général, notre malade ne présente rien de pathologique à signaler. C'est un vieillard de constitution moyenne, plutôt malingre mais qui, par ailleurs, se porte tout à fait bien. Ni albumine ni sucre dans les urines ; réaction de Bordet-Wassermann négative.

En résumé, l'observation clinique de ce cas nous montre qu'il s'agit d'une hyperkératose leucoplasiforme occupant toute la demi-muqueuse de la lèvre inférieure, mais débordant largement sur la face muqueuse de la lèvre et sur la muqueuse des joues surtout à gauche ; cet enduit leucoplasiforme est mollasse et assez adhérent. Il peut cependant être arraché et nous tombons sur une surface épidermique rose rouge, légèrement tomenteuse, par places ulcéreuse. L'enduit blanchâtre se reforme dans les jours suivants sous forme de petits îlots ponctiformes ou arrondis présentant une minuscule ombilication centrale rose. Puis l'enduit leucoplasiforme gagne rapidement et recouvre la totalité de la lèvre inférieure sans qu'il soit plus possible de reconnaître les dépressions ombiliquées du début.

Nous avons fait l'examen direct de cet enduit sur un frottis coloré à la thionine phéniquée et nous avons trouvé à l'immersion des filaments allongés, assez minces et dichotomisés. Ces filaments prennent toutes les couleurs d'aniline; il s'agit très probablement d'un mycoderma tel qu'on en trouve parfois dans la bouche. Nous avons fait des ensemencements sur des milieux de Sabouraud glucosés et nous avons vu apparaître une culture jaune claire, mate, non duvetée et à croissance très rapide. A l'examen microscopique, cette culture se trouvait composée d'éléments quadrangulaires à bords et à angles nets rappelant ce que nous avions vu à l'examen direct mais présentant, cette fois, des dimensions presque décuplées. Avec ce même enduit leucoplasiforme nous avons fait des inoculations à la muqueuse du vagin d'une lapine. Nous avons

Fig. 2. — Micro-photo montrant en surface l'épithélium papillomateux, largement kératinisé en surface avec d'énormes bourgeons s'enfonçant dans le chorion; en profondeur du chorion remarquer un énorme amas de glandes salivaires hétérotopiques, la biopsie intéressant la partie moyenne de la demi-muqueuse de la lèvre inférieure (Gross. 45 diam.).



Fig. 2.

inoculé également des conjonctives ainsi que des cornées de lapins mais ces animaux, observés pendant plus de deux mois n'ont présenté aucune lésion consécutive à ces inoculations.

Dans ces conditions, nous croyons pouvoir conclure que ce mycoderma provient sûrement d'une contamination accidentelle ou saprophytique de l'enduit leucoplasiforme.

Nous avons étudié d'autre part l'aspect histologique à l'aide de deux biopsies et par l'examen de la pièce opératoire de décortication qui a été faite en définitive, devant l'échec des traitements médicamenteux.

*
* *

Examen histologique. — L'examen des coupes (G. 72) nous montre une papillomatose exagérée de la muqueuse allant par places jusqu'à l'image d'un épithélioma; le chorion est légèrement infiltré par des cellules rondes ; et enfin nous voyons quelques pelotons de glandes salivaires.

Nous allons reprendre en détail l'étude de cette lésion. Tout en surface de la biopsie, surface qui constitue notre enduit leucoplasiforme clinique, nous trouvons des cellules kératinisées parakératosiques. Ces cellules kératinisées sont uniformément colorées, avec des limitations cellulaires plus ou moins bien marquées; elles conservent toujours un noyau central plus ou moins pycnotique. En certains endroits les cellules cornées sont aplaties et forment des stratifications parallèles à la surface de la muqueuse, mais le plus souvent, au contraire, elles restent toujours turgescentes et volumineuses. Un peu au-dessous de cette couche kératinisée nous voyons des cellules qui se présentent sous l'aspect d'une condensation protoplasmique périphérique laissant apparaître tout le centre de la cellule à peu près incolore. Par endroits, même le protoplasme central de ces cellules paraît se liquéfier et la cellule dont les limites sont marquées par les cadres protoplasmiques périphériques

Fig. 3. — Micro-photo montrant à un certain endroit une papillomatose exagérée de l'épithélium et qu'il faut interpréter histologiquement comme un épithélioma spino-cellulaire (Gross. 45 diam.).



Fig. 3.

ressemblent alors à une toute petite vésicule, identique à celles que l'on voit dans l'altération réticulaire des cellules malpighiennes. Ces cellules liquéfiées peuvent confluer par destruction de leurs parois et nous voyons en effet des petits lacs séreux à contours irréguliers arrivant à former quelques véritables vésicules. Cette surface de cellules altérées est plus ou moins épaisse selon les endroits examinés. Sa limitation superficielle est irrégulière, elle est hérissée d'irrégularités ou encore de cônes saillants séparés par des dépressions. En de nombreux endroits la couche kératinisée externe envoie de longs prolongements dans le corps muqueux de Malpighi, qui selon l'incidence de la coupe se présentent comme des globes cornés.

Le corps muqueux de Malpighi lui-même présente des images de papillomatose très intense en formant des bourgeons plus ou moins épais, de contours irréguliers et qui s'enfoncent dans le chorion. Au centre de ces bourgeons nous trouvons souvent des masses cornées ou des globes cornés parakératosiques, en rapport avec la kératinisation de surface. Puis ces masses cornées sont entourées par des cellules malpighiennes claires avec les cadres apparents que nous avons déjà vus plus haut et qui ressemblent aux cellules épithéliales que l'on trouve habituellement au niveau de la muqueuse buccale ; cependant elles nous paraissent beaucoup plus turgescentes et plus volumineuses que d'habitude. Enfin à la périphérie de ces bourgeons, nous trouvons plusieurs rangées de cellules malpighiennes normales, de type habituel pourvues de filaments d'union et séparées entre elles par des cadres clairs.

En certains endroits la prolifération papillomateuse de l'épithélium paraît exubérante, tout à fait irrégulière en formant des globes cornés autochtones et en envahissant assez profondément le chorion. Au point de vue histologique, ce sont, sans aucun doute, les images d'un épithélioma spino-cellulaire au début.

Le chorion entoure cette papillomatose épithéliale d'une réaction inflammatoire modérée. Nous voyons de nombreux capillaires dilatés avec un infiltrat dans lequel prédominent à certains endroits des lymphocytes, à d'autres des plasmocytes. Il y a excessivement peu de polynucléaires, mais nous trouvons ces derniers en abondance au niveau de certains globes cornés qui sont en train de se résorber.

Dans le chorion, à peu de distance de l'épithélium papillomateux, nous trouvons des amas de glandes salivaires. Ces dernières sont composées de nombreux acini qui pour la plupart sont de type muqueux, mais quelques-uns sont de type séreux. Dans l'ensemble, ces glandes paraissent normales à part quelques infiltrats lymphocytaires et plasmatiques. Cependant, il s'agit de glandes hétérotopiques qui siègent non pas du côté de la muqueuse buccale mais à mi-chemin entre le rebord cutané et la muqueuse buccale franche, donc en plein dans la demi-muqueuse de la lèvre inférieure.

En résumé nous trouvons au point de vue histologique une hyperkératose massive avec papillomatose, par places extravagante, de l'épithélium, qui en réalité n'est accompagné que de peu de modifications du chorion sous forme d'un infiltrat plasmo-lymphocytaire peu important. Nous notons cependant la présence de glandes salivaires d'apparence normale dont l'importance en vue du diagnostic sera envisagée plus loin.

*
* *

Discussion clinique. — Nous avons étudié notre cas avec toutes les méthodes d'investigation qui ont été mises à notre disposition. Malgré cela un diagnostic précis n'a pas été d'emblée possible. Nous éliminons tout de suite le lupus érythémateux, le psoriasis, le lichen plan, notre malade ne présentant aucune autre localisation de ces diverses affections ; d'autre part l'aspect clinique simple nous a permis d'éliminer d'emblée et définitivement tous ces différents diagnostics qui d'ailleurs n'étaient pas appuyés par l'examen histologique. Le diagnostic qui se présente d'emblée à l'esprit est celui d'une leucoplasie, cependant il s'agirait d'une leucoplasie bien extravagante comme étendue. De plus la leucoplasie présente en général une limitation plus nette de ses lésions et enfin l'hyperkératose leucoplasique est en général plus adhérente, la couleur est nacrée et donne l'impression d'une sclérose de la région atteinte tandis que chez notre malade il s'agissait plutôt d'un enduit crémeux que l'on pouvait détacher sans trop de peine avec une curette. D'ailleurs la lésion de notre malade n'était pas infiltrée. Le Bordet-Wassermann et les commémoratifs de notre malade sont complètement négatifs et nous pouvons encore éliminer le diagnostic d'une leucoplasie spécifique.

Quant à la leucoplasie du fumeur, elle est, en général, très peu importante et se manifeste très discrètement au niveau de la muqueuse commissurale. Nous pouvons également éliminer une leucoplasie d'origine dentaire, quoique notre malade ait une dentition déplorable avec un appareil de prothèse qui lui remplace toute la dentition de la mâchoire inférieure. Nous pouvons éliminer ce diagnostic parce que la lésion de la lèvre ne correspond pas à un traumatisme dentaire possible.

Ces différents diagnostics étant exclus, nous nous sommes rapportés aux études très intéressantes sur le chéilite faits par Touraine et Solente, Puente, Puente et Acevedo, Bejarano, Covisa Bejarano et Gay-Prieto, Jordan et Tarabuchin dont les travaux sont les plus récents sur cette question.

Ces auteurs sont arrivés à décrire trois formes de chéilites : la chéilite glandulaire simple, la chéilite apostémateuse, et la chéilite exfoliative. La chéilite exfoliative pourrait correspondre, quant à sa dénomination, au cas que nous venons de décrire. Mais en réalité, la chéilite exfoliative qui a été décrite par Mickulitz et Kummel paraît être constituée par une lésion inflammatoire superficielle de la lèvre inférieure qui se manifeste par une symptomatologie tout à fait différente. Jordan et Tarabuchin, qui en ont rapporté 14 cas, montrent que la chéilite exfoliative est caractérisée par une rougeur de la lèvre qui est sèche, desquame en permanence et est souvent le siège de crevasses ; parfois, la lèvre peut être légèrement enflée. Cette chéilite exfoliative apparaît chez l'homme vers la quarantaine et peut se compliquer d'épithélioma. L'origine de ces lésions de chéilite exfoliative est discutée, mais souvent il y a coexistence de pyorrhée alvéolo-dentaire, et il faut penser qu'il s'agit d'un état inflammatoire chronique superficiel. La sécheresse de cet état squameux ne ressemble en rien à l'humidité onctueuse de l'enduit leucoplasiforme constaté chez notre malade.

Par contre, nous devons discuter le diagnostic de chéilite *glandularis simplex*. En effet, la présence au point de vue clinique de petites lésions ombiliquées qui se forment à l'avulsion de l'enduit leucokératosique et la présence au point de vue histologique de glandes salivaires hétérotopiques nous engagent à orienter le diagnostic vers une chéilite glandulaire. Comme l'ont montré Puente

et Acevedo il existe deux formes de chéilite glandulaire (1). D'une part la chéilite glandulaire apostémateuse dont la description précise remonte à Volckmann, Unna et Baeltz, et d'autre part la chéilite glandulaire simple isolée par Sutton, Puente, Acevedo et Bejarano.

La chéilite apostémateuse peut être éliminée en ce qui concerne le diagnostic de notre cas. Il s'agit en effet d'une inflammation suppurative subaiguë et même chronique des glandes salivaires hétérotopiques de la lèvre inférieure, qui arrivent à former une tuméfaction et une procidence de la lèvre qui est couverte de croûtes épaisses séro-hémorragiques noirâtres. Lorsqu'on arrache ces croûtes, la lèvre est rouge, enflammée et saigne facilement à travers de nombreuses érosions. Mais les reliefs de la lèvre présentent plusieurs petites élevures rouges, centrées par un minuscule pertuis. Lorsqu'on exprime la lèvre on voit sourdre à l'orifice de ces pertuis une petite gouttelette séro-purulente. La palpation permet d'apprécier un certain degré d'infiltration et d'œdème. Cette lésion est indolore et ne marque aucune tendance à la guérison. Cette chéilite apostémateuse dont le diagnostic est relativement facile diffère par tous ses caractères de notre cas personnel.

En réalisant les descriptions de la chéilite glandulaire simple, qui selon Gay Prieto et Cazovla Romero serait plus fréquente qu'on ne le pense, nous voyons qu'il peut s'agir d'aspects variables. La lèvre peut paraître normale et ne présente à l'examen attentif que quelques pertuis minuscules qui passent facilement inaperçus mais peuvent être reconnus à leur teinte rouge.

Parfois ces pertuis siègent au centre d'une petite élevure rose-rouge sans que cependant la lèvre paraisse infiltrée. Enfin comme l'ont montré Puente et Acevedo, les petits pertuis peuvent s'entourer d'un petit anneau blanchâtre leucoplasiforme, de sorte que la chéilite glandulaire simple sera caractérisée à ce moment par une dizaine ou une vingtaine de petites élevures arrondies peu saillantes, rose-rouge, coiffées par un enduit leucokératosique, au centre duquel, on aperçoit à l'examen attentif une minuscule dépression

(1) Remarque : Nous éliminons tout à fait la maladie de Fordyce qui est caractérisée cliniquement par de petits nodules blanc jaunâtre de la dimension d'une petite tête d'épingle, inclus superficiellement dans le chorion de la lèvre inférieure, et qui, histologiquement, sont constituées par des glandes sébacées aberrantes.

cratériforme constituant l'élément pathognomonique. On pourra compléter l'examen en exprimant la lèvre pour voir apparaître une petite gouttelette muqueuse, claire et transparente, à l'orifice de la dépression cratériforme.

Il semble bien que notre malade doive rentrer dans cette catégorie de par la constatation de la lésion élémentaire typique d'une chéilite glandulaire simple deux ou trois jours après l'avulsion de l'enduit leucokératosique abondant.

Cependant notre cas diffère de ce que nous connaissons de la chéilite glandulaire simple par l'abondance de l'enduit leucoplasiforme qui non seulement couvre ici la lèvre inférieure en totalité, mais encore se prolonge assez loin sur la muqueuse buccale de chaque côté. Puente et Acevedo nous ont montré que dans quelques cas de chéilite glandulaire simple les phénomènes leucoplasiques peuvent devenir plus importants et plus étendus. Dans l'ignorance de la pathogénie de ces formations leucoplasiques, dans laquelle l'abus manifeste du tabac a pu jouer un rôle dans notre cas, nous ne devons pas trop nous étonner si ces dernières ont pris des proportions extraordinaires chez notre malade. Les faits certains à retenir pour poser notre diagnostic avec certitude sont la présence des glandes salivaires hétérotopiques constatées histologiquement et la formation rapide de l'enduit leucoplasiforme autour de petites dépressions reconnues cliniquement.

Avant d'avoir conçu ce diagnostic avec netteté nous avons essayé chez notre malade de nombreuses thérapeutiques locales, en particulier une thérapeutique iodée, sans arriver à un résultat quelconque. Puis nous avons fait une électro-coagulation en surface sur une partie de la lésion, cependant, quelques semaines plus tard, des lésions identiques se sont reformées sur place. En désespoir de cause et vu l'importance des formations réalisant, histologiquement, l'image d'un épithélioma spino-cellulaire déjà constitué, nous avons demandé à M. le Professeur Leriche de faire une décortication de la lèvre. Ceci a été fait sur tout le côté gauche de la lèvre inférieure en enlevant en plus la lésion commissurale et jugale. Cette décortication a été faite assez profondément pour intéresser les glandes salivaires hétérotopiques, que nous a montré l'examen histologique de la pièce opératoire.

Pensant que l'état de guérison très satisfaisant de notre malade

sera durable, nous l'avons adressé à nouveau à M. le Professeur Leriche afin de procéder à une décortication du côté droit.

Il nous a paru intéressant de rapporter cette observation, dont l'étude clinique a pu être poursuivie durant plusieurs mois pour plusieurs raisons.

Tout d'abord il s'agit d'une affection rare en France. Le travail de Touraine et Solente paru l'an dernier dans la *Presse Médicale* a été, croyons-nous, le premier travail français consacré à cette question. Comme l'ont montré les publications, principalement espagnoles et américaines, consacrées, au cours de ces dernières années, à l'étude de la chéilite, il est vraisemblable toutefois qu'il s'agit d'une affection moins rare qu'il ne semble au premier abord, mais sur laquelle l'attention des dermatologistes a été insuffisamment attirée jusqu'ici.

Notre cas, d'autre part, se différencie, par plusieurs points, du type classique de la chéilite simple et montre la grande variété d'aspects que peut revêtir l'affection. L'extension à la muqueuse de la face interne des deux joues, l'enduit leucoplasiforme épais, mais légèrement crémeux, détachable à la curette, et se reproduisant rapidement, en débutant par de petits anneaux blanchâtres autour des orifices glandulaires, donnait, aux lésions de notre malade, un aspect très particulier et franchement déconcertant.

Les auteurs espagnols et argentins qui se sont occupés de la question, Bejarano, Covisa, Gay Prieto, Puente, ont tous insisté sur la fréquence d'un épithélioma se développant sur une chéilite pré-existante. Additionnant leur cas, Touraine et Solente arrivent à une proportion de 22 p. 100, qui amène à considérer la chéilite comme un véritable état pré-cancéreux. L'histologie des lésions de notre malade est, à ce point de vue, particulièrement intéressante ; si l'on veut bien se reporter à la microphotographie reproduite à la figure 3, on y verra que l'hyperacanthose impressionnante et les nombreux globes cornés reproduisent exactement l'image d'un épithélioma spino-cellulaire. Or, bien que les lésions cliniques datent de 2 ans, elles restent uniquement, au point de vue clinique, des lésions étalées en surface, superficielles, sans le moindre noyau d'induration, sans la moindre adénopathie. On a pourtant nettement l'impression qu'une dégénérescence cancéreuse véritable peut survenir d'un moment à l'autre.

Enfin il faut bien reconnaître que lorsque nous avons prononcé le nom de « chéilite », nous n'avons dit qu'un mot sous lequel nous n'avons pas grand chose à mettre. Il signifie bien évidemment un état inflammatoire de la muqueuse des lèvres. L'histologie nous montre la présence de glandes salivaires hétérotopiques, dans la dermo-muqueuse de la lèvre inférieure, mais le derme avoisinant ne montre qu'un minimum de réaction inflammatoire. Et cependant il s'agit d'une lésion chronique, rebelle, résistant à la plupart des thérapeutiques et devenant fréquemment le point de départ d'un épithélioma spino-cellulaire, bref se comportant comme un véritable état pré-cancéreux. Il y a, on le voit, dans les conditions qui président à l'apparition de la chéilite, bien des inconnues dont l'étude mérite d'être poursuivie.

Bibliographie

On trouvera la bibliographie à peu près complète en se rapportant aux travaux suivants qui sont les plus récents :

Covisa, Bejarano et Gay-Prieto. — La chéilite glandulaire simple de la lèvre inférieure. Ses relations avec l'épithélioma et autres affections peu fréquentes de la lèvre. *Congrès Internat. de Derm. de Copenhague,* 1930, p. 819.

Jordan et Tarabuchin. — Ueber cheilitis exfoliativa und glandularis. *D. Zeitschr.,* janvier 1935, vol. 70, p. 249.

Puente. — La Queilitis glandular simple y estados allegados. Buenos-Aires, 1934, impr. Mercatali.

Touraine et Solente. — La chéilite glandulaire. *Presse Méd.*, 1934, t. I, p. 191.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en août 1935.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

Contribution à l'étude des mycoses ; le diagnostic des mycoses par les moyens de laboratoire, par A. et R. Sartory, J. et M. Meyer. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. **55**, n° 2, août 1935, p. 182.

Les auteurs donnent de nombreux conseils techniques tirés de leur expérience personnelle pour l'étude des mycoses. L'isolement des champignons inférieurs provoquant des mycoses n'est pas chose facile. Il nécessite, non pas une technique, mais des techniques appropriées à la recherche de tel ou tel agent mycosique. Les champignons inférieurs, surtout les *actinomyces*, sont des êtres fragiles et très capricieux. Il faut pour chaque espèce un milieu approprié, et aussi une technique précise et raisonnée. H. Rabeau.

Annales des maladies vénériennes (Paris).

Kératoses, hyperkératoses et kératodermies palmo-plantaires et leurs rapports avec la syphilis, par Houloussi Behdjet. *Annales des maladies vénériennes*, année **30**, n° 8, août 1935, p. 561, 15 fig.

Il ne faut pas négliger de rechercher la syphilis par les réactions du sang et du liquide céphalo-rachidien, au même titre que les parasites sur lame et en culture, chaque fois que l'on se trouve en présence de lésions cutanées palmaires ou plantaires survenant à n'importe quelle période de la vie et n'appartenant pas à cette période, des tableaux présentant des modifications cutanées générales naturelles et qui, par leur aspect rappellent l'une des maladies suivantes : kératodermie hypertrophique, ichtyose congénitale, keratoderma hereditarum plantaire-palmaire (Unna), pityriasis rubra pilaris, érythrodermie exfoliatrice, éruptions bulleuses, etc... H. Rabeau.

Accidents fébriles et nerveux aigus mortels au cours de la malariathérapie, discussion de l'association d'une infection neurotrope à virus filtrant, par Gougerot, Degos et Meyer-Heine. *Annales des maladies vénériennes*, année **30**, n° 8, août 1935, p. 569.

Trois observations de malades chez lesquels l'impaludation a occasionné la mort dans un syndrome d'hyperthermie, sans que cette

évolution fatale puisse être attribuée ni au paludisme, ni à la syphilis.

Observation I. — Chez ce malade, 7 jours après l'impaludation, 24 heures avant le premier accès fébrile survient brusquement une quadriplégie flasque et des signes d'encéphalite, diplopie, myoclonies, hoquet. La quinine arrête le paludisme au sixième accès ; mais les signes nerveux n'en persistent pas moins et l'état s'aggrave, entraînant la mort par occlusion intestinale paralytique.

Observation II. — Le lendemain de l'impaludation, troubles nerveux : asthénie, angoisse rapidement et progressivement très graves, paralysie de la vessie avec rétention des urines, coma, montée progressive de la température à 41°2, sans frissons, sans signe de paludisme, sans hématozoaire dans le sang, et sans action de la quinine sur la fièvre.

Observation III. — Après 12 accès francs coupés par la quinine, reprise de la température qui oscille, irrégulière, entre 37° et 40°2, sans frissons, sans hématozoaire dans le sang, sans action de la quinine, avec somnolence progressive aboutissant au coma.

Parmi les hypothèses envisagées, le rôle de la syphilis, du paludisme ne peut être retenu ; celui d'une infection étrangère, infection neurotrope à virus filtrant s'impose. Les signes nerveux évoluant avec une hyperthermie très élevée sont dans l'allure d'une encéphalite aiguë, du type de l'encéphalite épidémique, dont il faut discuter l'association ou l'éveil biotropique. H. Rabeau.

Historique de la blennorragie féminine, par P. Durel. *Annales des maladies vénériennes*, année **30**, n° 8, août 1935, p. 502, 13 fig.

Histoire résumée de la blennorragie chez la femme et aussi des instruments et techniques aidant au diagnostic. Bibliographie.

H. Rabeau.

Balanite et uréthrite antérieure staphylococcique, par R. Barthelemy. *Annales des maladies vénériennes*, année **30**, n° 8, avril 1935.

L'uréthrite à staphylocoque est rare, la balanite plus rare encore. L'intéressante observation de B. apporte un exemple indéniable de la coïncidence des deux affections, qui guérirent en 48 heures à l'aide d'une pommade à l'antivirus et au bactériophage. H. Rabeau.

Archives de Médecine des Enfants (Paris).

Xanthomatose. Syndrome de Schuller-Christian, par J. Comby. *Archives de Médecine des Enfants*, t. **38**, n° 8, août 1935, pp. 487-495.

Revue générale sur cette curieuse affection qui touche surtout le squelette et dont les lésions cutanées ont été parfois prises pour de l'eczéma. A. Bocage.

Bulletin Médical (Paris).

Indications techniques et résultats de la pyrétothérapie de la paralysie générale, par MONTASSUT. *Bulletin Médical*, année **49**, n° 35, 31 août 1935, p. 598.

Dans cette courte revue générale, M. compare les diverses méthodes pyrétogènes. Sans hésitation, l'impaludation doit être préférée. Pourtant, les pyrétothérapies non malariques seront utilisées comme succédanés, en particulier lorsque l'état général ne permet pas de supporter le traitement classique ou lorsque celui-ci a échoué.

H. RABEAU.

Le mode d'action de la pyrétothérapie dans la syphilis nerveuse, par P. MEIGNANT. *Bulletin Médical*, année **49**, n° 35, 31 août 1935, p. 606.

Une série de travaux récents tend à faire de la paralysie générale une syphilis anallergique tardive (Dujardin). La malariathérapie aurait ce résultat de la transformer en une forme se rapprochant de la syphilis tertiaire allergique et par conséquent accessible au traitement spécifique. M. passe en revue ces diverses conceptions, les critique et il conclut avec Ravaut « que tous ces faits constituent plutôt des sujets de travail que des solutions et méritent d'être approfondis ».

H. RABEAU.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris.

L'anatoxine staphylococcique. Son emploi dans un cas de staphylococcémie grave à foyers multiples terminé par la guérison, par Robert DEBRÉ, P. P. LÉVY, L. CHALARD et Henry BONNET. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **51**, n° 25, 22 juillet 1935, p. 1334.

Intéressante observation d'un jeune malade présentant une septicopyohémie à staphylocoques extrêmement sévère, qui, contre l'attente des médecins, finit par guérir malgré deux abcès pulmonaires, une pleurésie purulente, un ictus cérébral, deux foyers d'ostéite métastatique, un adéno-phlegmon cervical secondaire. La gravité de l'état général, longtemps alarmant, témoignait de l'intensité de l'état infectieux, que vint affirmer encore la présence, en particulier abondante, de staphylocoques dans le sang circulant. Chaque injection d'anatoxine fut suivie d'une réaction clinique fort nette, locale au point d'injection, réaction générale, réaction focale. La courbe thermique montre les conséquences heureuses de cette thérapeutique. Les injections successives d'anatoxine firent monter le taux des antitoxines du sang. On a dans l'anatoxine un moyen efficace de lutter contre les infections à staphylocoques.

H. RABEAU.

Rhumatisme, nodosités juxta articulaires et syphilis, par Pinard, Coste Fauvel et Hertz. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, année **51**, no 25, 22 juillet 1935, p. 1350.

L'affection de cette malade évolua en trois périodes : 1° période d'arthralgies mobiles cédant au salicylate et évoquant le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu ; 2° période de constitution de nodules juxta-articulaires ayant tous les caractères des nodules rhumatismaux banaux ; 3° période d'ulcération de la lésion ou en raison de l'aspect typique et de la coexistence de syphilides cutanées tertiaires, de la sérologie, l'étiologie syphilitique ne fit plus de doute.

H. Rabeau.

La Presse Médicale (Paris).

Les plasties par moulage dermique, par J. E. S. Esser. *La Presse Médicale,* année **43**, no 65, 14 août 1935, p. 1286, 7 fig.

Voici en quoi consiste la méthode. On prend avec le « stentes » un moulage de la surface que l'on veut recouvrir de peau. Le moulage refroidi, on le recouvre d'un lambeau dermo-épidermique, pris sur la cuisse, l'épiderme au contact du moulage, la surface cruentée répondant à la surface à recouvrir. On maintient en place le moulage par des sutures aux tissus voisins. Au bout d'une huitaine de jours on enlève le moulage et on constate le plus souvent que le lambeau greffé est soudé aux tissus profonds. Cette méthode excellente permet de réussir des plasties dans les cas ou il n'est pas possible d'utiliser des lambeaux pris aux tissus voisins (2 obs.). H. Rabeau.

Les ictères de la chimiothérapie, par A. Tzanck, A. Bensaude et M. Cachin. *La Presse Médicale,* année **43**, no 69, 28 août 1935, p. 1345.

A l'occasion d'une statistique de 843 cas d'ictère sur un total de 12.765 syphilitiques traités, les auteurs passent en revue les différentes théories proposées pour l'explication des ictères de la chimiothérapie antisyphilitique et concluent que certaines d'entre elles (réaction d'Herxheimer hépato-rechute) ne répondent qu'à des circonstances précises, mais rares, que d'autres (intoxications) contiennent une part de vérité, mais n'expliquent qu'une part du problème. Deux hypothèses restent en présence pour expliquer la presque totalité des ictères : l'intolérance, le biotropisme. De ces théories, la première paraît expliquer sans discussion un certain nombre de faits. Dans les autres, il est bien difficile de conclure. Chacune de ces théories comportant une part d'hypothèse, l'interprétation de ces faits reste dans le domaine doctrinal. H. Rabeau.

Recherche sur la nature de la sclérodermie. Les traductions tissulaires de l'hyperparathyroïdisme dans la sclérodermie. Ostéolyse. Surcharge calcique de la peau. Signification des chiffres indiquant la teneur en calcium du sérum et des urines, par R. Leriche et A. Jung. *La Presse Médicale,* année **43**, no 70, 31 avril 1935, p. 1361.

Les études des auteurs leur permettent de conclure que la sclérodermie est la traduction des lésions qu'entraîne une charge calcique anormale de la peau, consécutivement à une ostéolyse squelettique par hyperparathyroïdisme. Elle est l'expression cutanée d'un hyperparathyroïdisme ostéolytique. La parathyroïde est le point de départ, l'ostéolyse l'intermédiaire, l'atrophie cutanée l'aboutissant. H. Rabeau.

Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Recherches bactériologiques, parasitologiques, biologiques et thérapeutiques dans l'eczéma séborrhéique, par E. F. Satareanu. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, année **11**, n° 6, juin 1935, pp. 323-337. Bibliographie.

Sur 58 cas étudiés, 24 fois on a trouvé des streptocoques, 19 fois des entérocoques, 13 fois aucun germe (culture sur milieu d'Haxthausen, bouillon glucosé à 1 o/o et additionné de 1/100.000^e de kristall violet qui élimine le staphylocoque).

L'intradermo-réaction avec ces germes fut fréquemment et fortement positive, mais pas toujours (80 o/o) alors qu'elle l'est moins fortement et plus rarement (50 o/o) chez les témoins.

Les résultats thérapeutiques avec des vaccins ont été médiocres.

Les levures ont été très rarement rencontrées. A. Bocage.

La valeur du vaccin antistrepto-bacillaire dans le diagnostic et le traitement des bubons inguinaux d'étiologie diverse, par M. Yu Ten-Pe. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, année **11**, n° 6, juin 1935, pp. 338-345.

L'intradermo-réaction peut s'accompagner de réaction focale, ganglionnaire. L'intensité de l'intradermo-réaction peut faire prévoir l'intensité de la réaction générale après l'injection intraveineuse.

L'effet est surtout utile dans les formes les plus aiguës d'adénopathie. Il est nul dans les formes scléreuses. A. Bocage.

Stérilisation rapide des lésions contagieuses de la syphilis sous l'action de la bismuthothérapie à fortes doses, par G. Milian, Boulle et Mansour. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, année **11**, n° 6, juin 1935, pp. 346-352.

L'emploi d'un butylthiolaurate de Bi, dosé à 0,15 de Bi *deux* fois par semaine a fait disparaître les tréponèmes entre le 3e et le 4e jour dans la moitié des cas, et entre le 4e et le 7e jour dans tous les cas où le traitement fut fait à dose moitié. Le détartrage préalable des dents évite la stomatite. A. Bocage.

Chancre tuberculeux du nez avec adénopathie satellite, par G. Milian et Michaux. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, année **11**, n° 6, juin 1935, p. 353.

Chez un Algérien de 31 ans, large ulcération du nez, dont la nature fut vérifiée par l'histologie. A. Bocage.

Paris Médical.

Résultats du traitement de 29 cas de paralysie générale, par R. Largeau et M. Conte. *Paris Médical,* année **25**, n° 35, 31 août 1935, pp. 145-147.

Impaludation par *Plasmodium vivax*, Après 6 ou 8 accès francs : quinine, 1 gramme par jour, 15 à 20 jours ; 3 semaines après la chute thermique, stovarsol sodique intramusculaire, 15 injections hebdomadaires de 1 gramme et quinby, 2 injections par semaine. Résultats : 50 o/o de récupérations sociales, parfois seulement avec 3 semaines d'interruption. Diminution de la lymphocytose rachidienne ; 2 cas seulement de négativation du Bordet-Wassermann rachidien ; 6 décès. Le stovarsol, même intraveineux et à doses très élevées, ne leur a pas donné de névrite optique, mais parfois des crises comitiales.

Un élément de pronostic favorable est la reprise rapide du poids au cours de la première série de stovarsol. A. Bocage.

Rubéole biotropique du neuvième jour survenue au cours du traitement par le tréparsol chez la mère, et la rubéole vraie chez l'enfant transmise par la mère, par Mme M. Spitzer. *Paris Médical*, année **25**, n° 35, 31 août 1935, pp. 151-152.

31 janvier : début du traitement de la mère ; 9 février : rubéole avec adénopathies et fièvre ; 21 février : le garçon de 4 ans, qui couchait avec sa mère, a une rubéole typique avec stomatite et adénopathies.

A. Bocage.

Provence Médicale.

L'association zona-varicelle et le zona dit généralisé, par F. Phipps. *Provence Médicale*, année 5, n° 47, 15 avril 1935, pp. 9-12.

Observation d'un cas chez un homme de 84 ans, dans lequel la bénignité des éléments varicelleux s'opposait à la gravité des ulcérations zostériennes. L'auteur donne la bibliographie depuis 1925.

A. Bocage.

Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Québec.

Le traitement de l'eczéma aigu dans la première enfance, par D. Lapointe. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec*, n° 6, juin 1935, pp. 163-168.

L'auteur indique sa pratique personnelle : il use du régime, mais conseille de ne pas en abuser. Dans l'eczéma suintant des tout-petits il donne 0,05 à 0,08 de calomel deux jours, puis deux jours de théobromine ; ensuite, il donne, par séries de dix jours, hyposulfite de soude, puis chlorure de calcium, puis 0 gr. 02 à 0 gr. 06 d'extrait thyroïdien. Il emploie beaucoup l'hémothérapie et a vu l'hyposulfite de soude intraveineux lui donner des succès. A. Bocage.

Mille cas de dermatologie, par E. Gaumond. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec*, n° 6, juin 1935, pp. 176-187.

Les cas se décomposent ainsi :

112 cas de dermatoses inesthétiques (acné, angiomes, etc...).

197 de dermatoses irritatives dont 50 dus au *Pileus toxicodendron*.

365 de dermatoses parasitaires et infectieuses (86 impétigos, 55 gales, 4 lupus tuberculeux, 5 autres tuberculides, 47 syphilis.

277 dermatoses d'origine variée (eczéma, séborrhée, etc...).

49 cancers. A. Bocage.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Dermatomyosite et poïkilodermie de Jacobi avec modifications des muscles (Dermatomyositis und Poikilodermia Jacobi mit Muskelveränderungen), par I. I. Zoon. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **171**, cah. 3, 1935, p. 223, 10 fig.

Recherches anatomo-pathologiques sur le rapport entre la dermatomyosite typique et la poïkilodermie de Jacobi, avec observations personnelles sur ces maladies. On constate dans les deux maladies des lésions musculaires tout à fait identiques, lésions que l'on ne peut pas constater cliniquement dans la poïkilodermie classique, et qui sont identiques à celles de la peau. D'après l'avis de l'auteur, la poïkilodermie n'est pas une entité morbide. Olga Eliascheff.

Le dermographisme bleu (Der blaue Dermographismus), par P. W. Koschennikow. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **171**, cah. 3, 1935, p. 238.

L'auteur a observé 11 cas de lésions produites par une réaction vasculaire qu'il désigne sous le nom de « dermographisme bleu ». Il se produit après une irritation mécanique de la peau hyperémiée et cyanotique, des troubles vaso-moteurs sous forme de stries bleues qui persistent pendant plusieurs minutes. On constate une contraction nette des artérioles et des capillaires, tandis que les vaisseaux veineux sont en état de parésie et remplis de sang. Olga Eliascheff.

Dermatomyosite (Dermatomyositis), par Rudolf Bezecny. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **171**, cah. 3, 1935, p. 242.

Observations de trois cas de dermatomyosite dont deux guéris très rapidement après l'extirpation d'un cancer de l'ovaire. Dans le second cas, avec issue fatale, la malade présentait un carcinome du sein. L'auteur discute le rapport entre les symptômes de la dermatomyosite et les tumeurs malignes et il se demande si les toxines de ces tumeurs ne pouvaient pas être la cause de la dermatomyosite par la voie du système nerveux végétatif. D'après les observations de B., il faut considérer la dermatomyosite comme un syndrome, elle peut être produite par des maladies diverses. Olga Eliascheff.

Recherches sur l'hypersensibilité vis-à-vis de l'huile de térébenthine par le test transépidermique (Untersuchungen über die Terpentinoclueberempfindlichkeit mit der Läppchenprobe), par Niels DANBOLD et W. BURCKHARDT. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **171**, cah. 3, 1935, p. 252.

Recherches expérimentales sur l'hypersensibilité de la peau vis-à-vis de l'huile de térébenthine par le test transépidermique. Les conclusions sont les suivantes : tous les sujets qui montrent une réaction cutanée positive à l'huile de térébenthine réagissent aussi au « α-pinen » (Schering-Kahlbaum). La réaction (surtout quand on emploie des solutions non diluées) se présente cliniquement et histologiquement sous deux formes : la forme eczéma vésiculeux et la forme névrose. La réaction positive sous forme de lésion eczémateuse indique l'étiologie d'un eczéma professionnel, le tableau toxique n'a qu'une valeur secondaire.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur la comparaison des cultures de dermatomycètes et d'autres agents pathogènes sur des nouveaux milieux simplifiés (Ueber vergleichende Kulturen von Dermatomyceten und anderen Erregern auf neuen vereinfachten Nährböden) (Saft-Agar-Nährböden), par H. HRUSZEK. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **171**, cah. 3, 1935, p. 260, 1 fig.

L'auteur apporte la description et les formules simplifiées pour la préparation de milieux de culture pour les dermatomycoses et pour les microbes pathogènes. Il emploie avec bon résultat des milieux de jus de concombres, de carottes, de pommes de terre, de céleri, de radis, des épinards, des oignons, etc..., tantôt purs, tantôt mélangés à 2 à 3 o/o d'agar, sans peptone. On obtient aussi de bons résultats en diluant le jus à moitié avec de l'eau stérilisée et distillée et en ajoutant 2 o/o d'agar. Il faut conserver le jus dans un endroit froid.

OLGA ELIASCHEFF.

Les cellules de Langerhans dans les tumeurs bénignes et malignes (Dans les végétations vénériennes, les verrues pigmentées, dans le kyste dermoïde et dans les carcinomes) (Langerhansiche Zellen in guf- und boesartigen Neoplasmen (In spitzenen Kondylom, en Verruca pigmentosa. Dermoidcyste u. Carcinomen), par BRUNO M. KLEIN et A. MISSRIEGLER *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **171**, cah. 3, 1935, p. 280, 5 fig.

Les cellules de Langerhans possèdent, d'après l'auteur, des particularités spécifiques : elles se distinguent par leur morphologie et aussi par leur genèse, leur localisation, leur orientation et par leurs particularités physico-chimiques. La morphologie montre leur forme spéciale, leur volume, leur structure spéciale : elles ont des ramifications de longueur et d'épaisseur différentes. Ces ramifications se trouvent entre les cellules ou les dépassent et se terminent par un « bouton terminal » au-dessus d'une dernière cellule. La cellule de Langerhans possède un noyau dans le corps cellulaire. Elle provient d'une simple

cellule de la base et est d'origine épithéliale ; elle ne se trouve que dans l'épiderme, principalement dans les tumeurs bénignes et là seulement dans la basale ; dans les tumeurs malignes elle se trouve aussi dans la couche épineuse.

Au point de vue physico-chimique, la cellule de Langerhans se distingue par son affinité pour la coloration à l'argent, elle est très labile, et ne contient pas de pigment.

L'auteur la considère comme une cellule nerveuse.

Olga Eliascheff.

Recherches chimio-physiques sur la sueur humaine (Chemisch-physikalische Untersuchungen über den menschlichen Schweis), par Gustav Hopf. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **171**, cah. 3, 1935, p. 299.

Recherches sur la réaction de la sueur au point de vue physico-chimique ; l'auteur conclut que la réaction de la sueur dépend nettement de l'équilibre acido-basique. La concentration en chlorides diminue avec le régime déchloruré et s'accroît avec l'augmentation du sel absorbé. La sueur occupe une place intermédiaire entre une sécrétion et une excrétion.

Olga Eliascheff.

La doparéaction de la peau humaine après irradiation par la lampe de quartz (Die Dopareaktion der menschlichen Haut nach Bestrahlung mit Quarzlicht), par Alfred Fessler. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **171**, cah. 3, 1935, p. 313, 3 fig.

L'auteur a pratiqué la dopa-réaction de Br. Bloch sur la peau humaine biopsiée après irradiation par les rayons ultra-violets ; il conclut que la réaction est, au début de l'irradiation, affaiblie, puis devient peu à peu plus intense. Les modifications peuvent être produites par des doses érythème, mais aussi par des doses plus faibles. Le degré de l'intensité de la dopa-réaction dépend de facteurs constitutionnels que la teinte des cheveux permet de distinguer. La réaction est moins prononcée chez les sujets à cheveux blonds.

La dopa-réaction, qui est basée sur un processus de fermentation, est une bonne méthode d'investigation biologique de la lumière, elle permet la comparaison avec les autres méthodes.

Olga Eliascheff.

Un cas de tuberculides papulo-nécrotiques dues aux bacilles tuberculeux des Gallinacés (Ein Fall papulo-necrotischer Tuberkulide, herworgerufen durch Gefluegeltuberkel-Bacillen), par Saburo Sato. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **171**, cah. 3, 1935, p. 335, 5 fig.

L'auteur a obtenu la culture de bacilles acido-résistants des tuberculides papulo-nécrotiques prélevées sur une jeune fille de 19 ans. Ces bacilles ont pu être identifiés comme bacilles tuberculeux des Gallinacés. L'histologie des lésions papuleuses ne montra pas de structure tuberculeuse ; on ne constata ni cellules épithélioïdes, ni cellules géantes, seulement la structure d'un simple granulome.

La tuberculine préparée en partant de la culture obtenue provoqua, employée en solution à 1/10.000^{e}, une très forte réaction chez la malade, tandis qu'une tuberculine préparée de la même façon avec des bacilles tuberculeux humains et bovins donna à peine une légère réaction. Les réactions avec le *Mycobacterium phlei* et le *Mycobacterium lepræ murium* (Asami) furent presque négatives.

Le traitement par un vaccin préparé en partant d'une culture des bacilles de la malade sembla donner un bon résultat.

Le milieu de culture de Petragnani semble être le meilleur pour la culture de ce bacille. La culture est très virulente pour le lapin et la poule, le bacille ne semble pas être pathogène pour le cobaye, le rat, la souris, la grenouille et la carpe. Il n'existe dans la bibliographie qu'un seul cas de tuberculides papulo-nécrotiques dans lesquelles on constata comme agent pathogène le bacille tuberculeux des Gallinacés (cas de Kren-Lœwenstein, *Archiv. für Derm.*, **166**, 1932, p. 375).

Olga Eliascheff.

Sur une tumeur cutanée végétante et récidivante, ressemblant histologiquement à l'épithéliome de Brooke : épithélioma cysticum vegetans et recidivans (Ueber eine histologisch dem Brookeschen Epitheliom ähnliche vegetierende und rezidivierende Hautgeschwulst : Epithelioma cysticum vegetans et recidivans), par Toshio Aisu. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **171**, cah. 3, 1935, p. 351, 6 fig.

L'auteur apporte l'observation d'une malade âgée de 71 ans, atteinte depuis cinq ans de tumeurs de la face, du cou et de la nuque. L'examen anatomo-pathologique de toutes ces tumeurs fut pratiqué. Cliniquement, elles ressemblaient à des endothéliomes de la tête, mais leur structure histologique correspondait plutôt à celle des épithéliomes adénoïdes cystiques (de Brooke), des syringomes de Tœrœk, de la maladie de Pringle et à l'épithélioma des glandes sébacées. L'auteur considère cette tumeur comme un épithélioma adénoïde cystique combiné avec un épithélioma des glandes sébacées. Cette tumeur doit être (d'après l'auteur) considérée comme une prolifération anormale de tous les épithéliums (de l'épiderme, de l'épithélium des follicules pileux et des glandes sébacées et sudoripares) et devrait être rangée dans le groupe des nævi.

Olga Eliascheff.

L'effet isomorphe d'irritation dans l'acrodermatite continue de Hallopeau (Der isomorphe Reizeffekt bei der Acrodermatitis continua Hallopeau), par Adolf Bezecny. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* vol. **171**, cah. 3, 1935, p. 385, 6 fig.

L'auteur apporte l'observation détaillée d'un cas typique d'acrodermatite continue de Hallopeau chez un homme âgé de 56 ans, atteint depuis près de 30 ans de cette maladie. Les traitements par pommades ne donnèrent aucun résultat (la trypaflavine sembla améliorer les lésions), on eut recours à la sympathectomie péri-artérielle de l'artère axillaire sur une longueur de 12 à 14 centimètres et à la des-

truction complète des fibres sympathiques par l'isophénal, d'après Doppler. Le résultat fut complètement négatif. Sur la peau saine, l'auteur a pu produire par l'irradiation par les rayons X des lésions analogues à celles de la peau malade. Il s'agit donc d'un effet d'irritation isomorphe. (Cette expression a été employée par Kreibich pour désigner le phénomène décrit par Kœbner dans le psoriasis, c'est-à-dire le pouvoir de produire sur la peau normale des lésions identiques à celles de la peau malade du sujet.)

L'auteur discute l'étiologie de cette maladie, il la rapproche au psoriasis pustuleux, mais ne la considère pas comme identique.

Olga Eliascheff.

Lichen sclerosus, par Kwiatkowski et Stefan Lukas. *Archiv für Dermatologie*, vol. **171**, cah. 3, 1935, p. 395, 4 fig.

L'auteur décrit deux cas de lichen scléreux observés pendant vingt mois : dans un de ces cas, les lésions scléreuses furent le stade terminal d'un lichen plan typique, il s'agissait donc d'un lichen plan devenu scléreux. Chez le second malade, les lésions débutèrent par une sclérose, c'est-à-dire par un lichen scléreux dès le début. L'auteur conclut, d'après ses observations personnelles et celles publiées par les autres auteurs, que le lichen scléreux est une entité morbide indépendante n'ayant aucun rapport, ni avec le lichen plan, ni avec la sclérodermie circonscrite. Dans ce groupe rentrent aussi le *lichen albus* de Zumbusch, ainsi que la *dermatitis lichenoides chronica atrophicans* de Csillag. Les cas du *lichen scleroticus primitivus* sont excessivement rares et le diagnostic ne devrait être posé qu'avec grande prudence et après une longue observation du malade.

L'auteur conseille de conserver la dénomination *lichen scléreux* qui n'a rien de commun avec le lichen plan. Dans les lichens plans typiques sclérosés, la lésion primaire est toujours une papule et cette forme devrait être considérée comme une forme atypique du lichen plan de Wilson. L'auteur propose pour cette forme atypique la dénomination *lichen ruber planus ad sclerotisationem (vel dermatosclerosim) tendens.*

Olga Eliascheff.

La maladie de Darier et ses rapports avec la folliculite et la périfolliculite d'Hoffmann (Dariersche Dermatose und ihre Beziehungen zur Folliculitis und Perifolliculitis Hoffmann), par M. K. Pollano. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **171**, cah. 3, 1935, p. 409, 1 fig.

Observation d'un cas de maladie de Darier combinée avec la folliculite et péri-folliculite de Hoffmann du cuir chevelu. D'après l'auteur, cette folliculite et péri-folliculite s'est développée sur un terrain altéré produit par la stase très prononcée de bouchons cornés dans les follicules pileux dilatés.

Olga Eliascheff.

Epithélioma spinocellulaire intra-épidermique (Intraepidermales Spinalzellenepitheliom), par Werner JADASSOHN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **171**, cah. 3, 1935, p. 412, 2 fig.

L'auteur apporte l'observation et l'examen histologique d'une lésion à peine infiltrée, légèrement squameuse, nettement délimitée, de la dimension d'une pièce de un franc, de la face externe de la cuisse chez une femme de 30 ans. Le début de la lésion est ignoré par la malade. L'histologie montra un épithélioma *spinocellulaire intra-épidermique*, sans inflammation, sans tendance à la malignité. Dans un autre cas (du Professeur Miescher), l'épithélioma intra-épidermique était plus développé, c'est-à-dire qu'il montrait déjà une prolifération épidermique dans le derme et une infiltration inflammatoire, signes de malignité de la tumeur. Il s'agit dans le cas de J. d'un épithélioma spinocellulaire à début *intra-épidermique*. OLGA ELIASCHEFF.

Morphée en gouttes (Lichen scléreux. White spot desease. Sclérodermie parcheminée) (Weissfleckenkrankheit (Lichen sclerosus — White spot disease — Kartenblattähnliche Sclerodermie), par G. MESCHER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **171**, cah. 3, 1935, p. 419, 7 fig.

Bibliographie, description clinique et examen anatomo-pathologique de la maladie décrite sous les noms différents : Lichen plan atrophique — Hallopeau ; Lichen plan scléreux — Darier ; Sclérodermie parcheminée — Unna ; *White spot disease* — Johnston et Sherwell ; *Lichen morphoeicus* — Stowers ; *Lichenoid scleroderma* — Mac Cafferty, Wise ; *Dermatitis lichenoides chronica atrophicans* — Csillag ; *Lichen albus* — Zumbusch ; *Morphoeid scleroderma* — Sibley ; *Morphaea guttata* — Jamieson ; Sclérodermie lichénoïde — Fischer ; Leucodermie atrophique ponctuée — Milian ; Lichen plan porcelainé — Gougerot. L'auteur conclut que le *White spot disease* mérite la dénomination (proposée par Hallopeau et Darier) de lichen scléreux atrophique. Cette maladie est nettement caractérisée cliniquement, ainsi qu'au point de vue anatomo-pathologique ; elle doit être complètement séparée de la sclérodermie. Elle présente un certain lien avec le lichen plan, mais ne doit pas être identifiée avec ce dernier, c'est une maladie *sui generis*.

OLGA ELIASCHEFF.

Recherches sur le système réticulo-endothélial de la peau (Le passage de colorants dans le contenu des bulles et dans des papules) (Untersuchungen über das reticulo-endotheliale System der Haut (Uebergang von Farbsfoff in den Inhalt von Blasen und in die Quaddeln), par Stephan LUKAS et KWIATKOWSKI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. **171**, cah. 3, 1935, p. 440, 2 fig.

L'auteur apporte les résultats obtenus au cours de ses recherches sur le système réticulo-endothélial de la peau par des injections de bleu de trypan d'après la méthode de de Lesczczynski. La réaction fut pratiquée en deux temps et consista en une injection intraveineuse d'une solution à 1 o/o de rouge Congo pour produire chez des sujets des bulles

et des papules artificielles. Les papules prirent dans tous les cas examinés une teinte rose-rouge, mais le contenu des bulles ne se colora que 6 fois sur 28 cas examinés. L'auteur constata une coloration rose-rouge du contenu des bulles dans deux cas d'herpès génital, dans un cas d'eczéma dyshidrosiforme des mains, ainsi que chez un malade atteint d'acrodermatite continue.

On ne peut pas démontrer le rouge Congo dans des coupes histologiques et l'auteur s'est servi à cet effet de l'encre de Chine et du saccharate de fer qu'il injecta aux lapins. On a pu constater que la pénétration de ces produits dans des papules dues à l'histamine est tantôt un processus actif, tantôt un processus passif physique. Les résultats furent les suivants : les granulations de l'encre de Chine se trouvèrent exclusivement dans la lumière des capillaires ou dans leur endothélium dans le derme ; le saccharate de fer se trouva 24 heures après l'injection, non seulement dans l'endothélium des capillaires et dans la lumière vasculaire, mais aussi dans les cellules du derme qui correspondent aux *histiocytes*. C'est une démonstration que la pénétration du fer est un processus *actif*. On constata après l'injection de saccharate de fer à deux lapins (sans produire une papule par l'histamine) dans la peau biopsiée, 24 heures après l'injection, la présence de fer dans les histiocytes ; ainsi il est démontré que les cellules du système réticulo-endothélial de la peau sont en état d'absorber le fer même sans irritation par l'histamine. OLGA ELIASCHEFF.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Maladies de la peau et des viscères comme symptômes tardifs d'infections aiguës (Haut- und innere Erkrankungen als Spätsymptome akuter Infektionskrankheiten), par D. v. KÉMERI. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, nº 31, août 1935, p. 939.

Les maladies aiguës ne guérissent pas le plus souvent complètement, mais peuvent provoquer, à l'instar de la syphilis, des foyers résiduels capables de déterminer des symptômes pendant toute la vie du malade.

Ces symptômes sont en général considérés comme des entités pathologiques ; K. les tient pour des manifestations variées d'une seule, éventuellement de plusieurs maladies.

Les foyers pyogènes, tuberculeux et syphilitiques peuvent influencer réciproquement leurs diverses manifestations et l'évolution de toute la maladie. Certes, ces infections peuvent réaliser ces symptômes par leur seule action, mais aussi vraisemblablement par leur action commune.

L. CHATELLIER.

Inprégnation cutanée par le zinc (Imprägnierung der Haut durch Zink), par I. P. LOTOTZKI *Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, nº 31, 3 août 1935, p. 947.

Un ouvrier de 32 ans se présente pour des « taches blanches » du

visage, qu'il désire voir disparaître. La peau du visage, à gauche, offre un aspect irrégulier, dû à de multiples cicatrices atrophiques, logées dans un réseau télangiectasique ; même aspect sur le sourcil. En tendant les cicatrices, l'on aperçoit de petites inclusions punctiformes blanches. Tout autour des taches cicatricielles, la peau est cyanotique. L'ouvrier raconta qu'après un coup de poing sur l'œil gauche, suivi de lésions osseuses, il eut une hémorragie, puis un gros œdème. Le lendemain, pansement avec une pâte de zinc, qui fut maintenue pendant 25 jours. Depuis, les taches ont résisté à tout traitement. L'examen chimique et histologique démontre qu'il s'agit d'un véritable tatouage par des particules de zinc. L. Chatellier.

Leuchichtyol (Leukichtol), par F. Samberger. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, nº 12, 10 août 1935, p. 967.

S. rappelle ses recherches sur l'ichtyol, qui établissaient que l'action de ce corps complexe était due à sa teneur en composés soufrés, d'une part, et à une substance (ou propriété) inconnue qui agissait sur la circulation cutanée. Cette propriété de l'ichtyol s'explique par son action sur les fibres lisses. De l'ichtyol, S., par addition de perborate de soude, a obtenu l'ichtyoxyl, où de l'oxygène à l'état naissant se produit constamment et renforce l'efficacité de l'ichtyol. Mais ichtyol et ichtyoxyl sont désagréables à cause de la couleur noire, salissante. Le Leuchichtyol, obtenu par Wernicke et préconisé par P. Unna, jouit des mêmes propriétés thérapeutiques que l'ichtyol, sans être salissant. S. a retrouvé dans le leuchichtyol les mêmes vertus et obtenu un leuchichtyoxyl aussi efficace. Il confirme et complète ainsi les constatations de P. Unna. L. Chatellier.

Sur l'agent du sycosis lupoïde de Brocq (Ueber den Erreger der Sycosis lupoide (Brocq)), par S. Minami et K. Higuti. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, nº 32, 10 août 1935, p. 969, 12 fig.

Les auteurs rapportent trois observations de sycosis lupoïde de Brocq. Dans la première, ils ont obtenu par culture une levure en partant du pus des follicules, de la salive, des urines, du suc gastrique et des matières fécales ; sur les biopsies, ils ont retrouvé le même parasite. Dans les deux autres observations, ils n'ont trouvé le parasite que sur les préparations histologiques. Le staphylocoque qui accompagne toujours les levures n'est qu'un parasite secondaire.

L. Chatellier.

Un autre cas de chancre syphilitique sous l'aspect d'une balanite (Balanitis specifica syphilitica Follmann) (Ein weiterer Fall von syphilitischem Primäraffekt unter dem Bilde einer Balanitis erosiva (Balanitis specifica syphilitica Follmann)), par F. Gereneser. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, nº 32, 10 août 1935, p. 976, 1 fig.

Deuxième observation de cette forme d'accident primaire, qui simule complètement la balanite vulgaire. Dans son cas, G. a non seulement

trouvé de nombreux spirochètes, mais il a vu la sérologie devenir positive. Il insiste à son tour sur la nécessité de ne pas se contenter du diagnostic simple de balanite, qui doit être porté avec précaution.

L. Chatellier.

Contribution à l'étude de la réaction de conglomération de Müller dans la blennorragie et la tuberculose (Beitrag zur Müllerschen Ballungsreaktion auf Tripper und Tuberkulose), par M. Brückner. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, n° 33, 17 août 1935, p. 995.

La réaction de Müller, dans la blennorragie, est un procédé d'investigation utile, mais elle ne dispense pas de la réaction de déviation ; elle est plus facile à lire que la réaction de Meinicke, mais, comme celle-ci, elle est peu pratique quand il s'agit de dépister la blennorragie chez un syphilitique.

Dans la tuberculose, la réaction de Müller est plus sensible que la réaction de Witebsky. Elle donne très souvent des résultats positifs dans le psoriasis ; dans l'eczéma séborrhéique et l'acné vulgaire, supériorité de la réaction de Witebsky. La réaction de Müller pour la tuberculose n'est pas à employer quand il y a syphilis concomitante.

L. Chatellier.

Remarques cliniques sur la lèpre et son traitement (Klinische Betrachtungen über die Lepra und deren Behandlung), par P. Summent. *Dermatologische Wochenschrift,* t. **101**, n° 33, 17 août 1935, p. 1002.

La lèpre est plus répandue qu'on ne le croit, en Europe : elle n'est pas seulement localisée à quelques grandes villes côtières. S. estime environ à 1.000 le nombre des lépreux en Esthonie et en Lettonie. Il souligne notre ignorance sur le mode et les conditions de la contagiosité de cette maladie, comme le prouvent, entre autres choses, les tentatives infructueuses d'inoculation volontaire effectuées pendant la guerre par les recrues russes. Tout le monde connaît les formes classiques de la maladie. Mais dans les léproseries, l'on voit des formes évolutives brutales, nécrosantes, lèpre galopante, dues pour S. à une forme spéciale du bacille de Hansen. Dans ces vastes ulcérations, l'auteur a obtenu de bons résultats avec la poudre goudron-sulfoderme qui est un mélange de soufre colloïdal à 1 o/o et de coaltar à 6 o/o. Il a traité ainsi avec succès 15 malades ; l'application de la poudre est faite après nettoyage à la benzine, ablation des escarres purulentes et bains et pansements au permanganate de K. L. Chatellier.

Le complexe symptomatique variqueux (Variköser Symptomkomplex), par W. Richter. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, n° 34, 24 août 1935, p. 1023.

Revue générale intéressante où R. précise les graves répercussions cutanées, musculaires, osseuses mêmes des varices, compliquées parfois d'infections diverses ; puis il étudie la lésion veineuse elle-même, son étiologie, sa pathogénie et son diagnostic différentiel. Le traite-

ment repose essentiellement sur l'oblitération des veines ; mais il exige une bonne technique et une étude minutieuse de l'état local ou général pour préciser les contre-indications. L'ulcère est une complication grave, qui demande parfois l'exérèse des tissus indurés. R. s'est trouvé bien des pansements avec le sang même du malade ; il a ainsi constaté la cicatrisation rapide d'ulcères atones, sans doute grâce aux hormones qui favorisent la formation du tissu de réparation. Il ajoute souvent un régime qui comporte surtout l'exclusion des graisses, des œufs, des sauces, des farineux, des fromages, de la charcuterie.

L. Chatellier.

Eczéma et ictère hémolytique (Ekzem und hämolytische Gelbsucht), par A. W. Dawïdow. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, n° 34, 23 août 1935, p. 1030.

Chez un malade âgé de 42 ans et atteint d'eczéma chronique depuis l'âge de 20 ans, l'examen fait découvrir l'existence d'un ictère hémolytique. Aux dires du malade, pas d'ictère chez ses ascendants. L'ictère a commencé chez lui à l'âge de 10 ans. Donc ictère hémolytique acquis, en rapport, semble-t-il, avec une grave atteinte de paludisme. Un de ses fils est ictérique. D. établit un lien entre l'ictère et l'eczéma, celui-ci déclenché et entretenu par les produits toxiques élaborés dans cet organisme pathologique (estomac, foie, rate). La splénectomie proposée a été refusée par le malade ; pour D., elle amènerait vraisemblablement la guérison des deux affections. L. Chatellier.

Sur une méthode simple de coloration des parasites mycéliens dans les squames et les poils pour la pratique courante (Ueber eine vereinfachte Färbungsmethode zur Darstellung von Fadenpilzen in Schuppen und Haaren in der ambulanten Praxis), par J. Alkiewicz et W. Górny. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, n° 34, p. 1034, 1 fig.

1° Fixer squames et poils avec quelques gouttes de la solution suivante : formol, 1 partie ; alcool, 100 parties ; enflammer jusqu'à combustion complète du liquide.

2° Laisser tomber quelques gouttes de violet de crésyl Grübler à 1 0/0, chauffer doucement pendant 5 secondes. Enlever l'excès de colorant avec du papier buvard et sécher prudemment sur la flamme d'une veilleuse.

3° Couvrir d'essence de girofle et d'une lamelle.

Ce procédé rapide permet de colorer cocci et champignons ; les préparations peuvent être conservées en remplaçant l'huile de girofle par du baume du Canada. L. Chatellier.

Thromboses, thrombo, endo, péri, et paraphlébite (Thrombosen, Thrombo-, Endo-, Peri-, und Paraphlebitis), par W. Richter *Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, n° 35, 31 août 1935, p. 1051.

A côté des thromboses veineuses manifestes, qui frappent de grands territoires veineux, il existe des thromboses « latentes », qu'il faut

savoir dépister et surtout séparer du syndrome variqueux. La douleur locale, l'œdème, les modifications du pouls et de la température sont des signes de première importance. Il faut aussi s'efforcer de découvrir le foyer infectieux initial. Le pronostic et l'évolution de la maladie dépendent de la virulence du germe. La lésion essentielle est l'atteinte de l'endoveine, aboutissant, grâce à des modifications générales et locales, à l'oblitération. Péri- et paraphlébites compliquent souvent des lésions cutanées, les varices surtout, et peuvent aboutir aussi à l'endophlébite. Ces différenciations conduisent à des conclusions thérapeutiques variées : le traitement local doit être prudent, il dépend beaucoup de l'existence ou de l'absence d'inflammation, des signes généraux, etc. Traitement général pour combattre la formation du caillot.

L. Chatellier.

Contribution à l'étude clinique et à la thérapeutique des onyxis et paronyxis mycogènes (Beitrag zu dem Krankheitsbild und der Therapie von mykogenen Onychien und Paronychien), par D. Olah. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, no 35, 21 août 1935, p. 1055, 6 fig.

A propos de six cas d'onyxis par oïdiomycètes, O. trace le tableau clinique habituel : début par le bord latéral de l'ongle, sous la forme d'un élément pustuleux qui gagne rapidement la lame unguéale; celle-ci, en apparence intacte, offre alors une ou plusieurs taches blanchâtres, puis jaunâtres ou brunâtres. La réaction du pourtour unguéal s'accentue ; pus et masses levuraires s'accumulent sous l'ongle, le bombent, le décollent de son bord postérieur ou bien usent la lame qui finit par s'ouvrir. L'ongle neuf, en croissant, repousse la lame décollée et soulevée par un amas parasitaire ; l'inflammation péri-unguéale est alors vive. Tout se calme, mais une fois l'ongle nouveau formé complètement, le processus recommence, si le traitement n'intervient pas. Celui-ci consiste en injections d'auto-vaccin (0 cc. 1), qui provoquent souvent de très vives réactions locales. La vaccinothérapie échoue parfois ; O. recourt alors au traitement iodé local, beaucoup plus long, ou aux injections intraveineuses de néo-riodine, associées aux bains de doigt à 45°-50° deux ou trois fois par jour. L. Chatellier.

Contribution à la clinique de l'Acanthosis nigricans (Beitrag zum Krankheitsbild der Acanthosis nigricans), par R. Thomac. *Dermatologische Wochenschrift*, t. **101**, no 35, 31 août 1935, p. 1058, 1 fig.

Observation d'un *acanthosis nigricans* étendu à la tête, au cou, à la face, à l'aisselle, au pli fessier, au scrotum, à l'aine du côté droit, à la main droite. En même temps, douleurs progressives dans la fesse droite et la cuisse, accompagnées d'atrophie. L'exploration viscérale ne montre rien. La participation du nerf crural droit s'affirme et l'examen radiographique montre, au niveau de la branche horizontale et de la branche ascendante de l'arcade pubienne droite, l'existence d'une tumeur métastatique, à point de départ inconnu.

L. Chatellier.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Traitement du lupus par la cure de soleil et d'air (Sonnen- und Höhenluftbehandlung des Lupus), par A. Rollier. *Dermatologische Zeitschrift*, t. 71, fasc. 6, juillet 1935, p. 237, 6 fig.

Le lupus, comme toutes les manifestations cutanées de la tuberculose, n'est pas une maladie locale, mais bien une maladie générale. A ce titre, il relève des cures générales comme l'héliothérapie et la cure d'altitude. L'on sait, du reste, tous les bienfaits de l'irradiation solaire dans la lutte contre la tuberculose. R. a employé l'irradiation solaire dans le traitement du lupus. Ce traitement comporte l'irradiation de tout le corps, l'irradiation des lésions elles-mêmes et un régime approprié.

L'irradiation générale doit être prudente et progressive : d'abord les pieds, puis les jambes, les cuisses et le tronc. Il faut débuter par des irradiations courtes (5 minutes trois fois par jour), qu'on allonge progressivement jusqu'à 2-3 heures en tenant compte des réactions cutanées et de l'état pulmonaire.

L'irradiation des foyers lupiques ne vient qu'en dernier lieu et demande plus de précautions encore. La cure héliothérapique se fait à l'air libre. Le régime est surtout végétarien, avec suppression totale du tabac et de l'alcool.

Par ce procédé, R. a obtenu d'excellents résultats, même dans les lupus résistants. La durée de la cure varie de plusieurs mois à une année.

L. Chatellier.

Résultats de la réaction avec le sang desséché dans la syphilis (Ergebnisse einer Trockenblutprobe auf Lues), par S. Leipner. *Dermatologische Zeitschrift*, t. 71, fasc. 6, juillet 1935, p. 247.

L. utilise la technique proposée par Chediak, puis Dahr, où la réaction est faite sur une goutte de sang défibriné et desséché avec l'antigène de Meinicke.

On recueille sur une lame de verre bien dégraissée une goutte de sang prélevée au lobule de l'oreille ou à la pulpe d'un doigt ; par agitation avec un petit agitateur de verre, la goutte est défibrinée, puis desséchée à l'air libre. Pour la réaction, on dilue la goutte desséchée avec une goutte de solution salée à 3,5 o/o. La goutte ainsi diluée est portée sur une autre lame dans un anneau de paraffine ; on ajoute o cc. o3 de l'antigène de Meinicke préparé comme d'habitude. Le mélange est mis dans une chambre humide et agité pendant 3 minutes. La lecture est faite au bout de 5-10 minutes, puis au bout d'une demi-heure. L. a ainsi examiné 150 sérums. Il a toujours obtenu des réactions positives chez les syphilitiques. Les résultats non spécifiques sont très rares.

L. Chatellier.

Sur l'action favorable des cures de frictions mercurielles combinées avec les bains sulfureux (Ueber die günstige Wirkung der mit Schwefelbädern kombinierten Quecksilberschmierkuren), par G. Jacoby. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **71**, fasc. 6, juillet 1935, p. 252.

L'influence favorable des bains sulfureux sur les traitements mercuriels est un fait constaté depuis longtemps. Les constatations récentes apportent des arguments nouveaux à cette vieille opinion. J., sur lui-même, a pu vérifier l'action hyperémiante des solutions d'H^2S ou des sulfides (principes actifs des bains sulfureux artificiels ou naturels) ; il a pu mesurer l'absorption d'H^2S par la peau et son excrétion pulmonaire. D'autre part, l'hydrogène sulfuré absorbé provoque la formation de substances irritantes qui détermine une irrigation sanguine plus intense de la peau et, par suite, une réaction de défense plus vive. Mais Neisser avait montré que les bains sulfureux appliqués après une friction mercurielle, précipitent le mercure sous forme de sel insoluble, donc inefficace. Aussi ne faut-il recourir aux frictions que lorsque les bains soufrés ont provoqué leur hyperémie. C'est entre les cures qu'il faut les employer. L. Chatellier.

Sur quelques dermatomycoses provoquées par des espèces parasitaires rares (Ueber einige durch Seltene Parasitenstämme verursachte Dermatomycosen), par E. Weisz. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **72**, fasc. 1, août 1935, p. 1.

Revue générale intéressante des mycoses cutanées provoquées par les espèces rares (*aspergillus, scopulariopsis, acremonium, monosporium, hemispora, acladium*). L. Chatellier.

Y a-t-il des anticorps spécifiques dans l'urine des syphilitiques? (Gibt es spezifische Antikörper im Harne von Syphilitikern), par T. Preininger. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **72**, fasc. 1, août 1935, p. 10.

Les travaux antérieurs sur cette question sont contradictoires. P. a voulu, à son tour, savoir si l'urine des syphilitiques contenait des réagines spécifiques, mais il ne s'est pas servi seulement des réactions d'hémolyse. Il a employé son procédé de précipitation par antigène coloré au rouge Congo. Cette technique exige une alcalinisation de l'urine et l'emploi d'un contrôle avec de l'alcool coloré. A titre de contrôle aussi, il a comparé ses propres résultats avec ceux de la réaction de Wassermann. Il a examiné en tout 211 malades, dont 109 syphilitiques ; chez 129 malades, contrôle des résultats par la réaction de Wassermann. Il conclut que les réactions de précipitation comme les réactions d'hémolyse donnent des résultats sans valeur. Les réactions positives ne signifient nullement qu'il existe dans l'urine des anticorps spécifiques ; elles sont dues simplement à une action de l'urine sur l'antigène, dénuée de toute spécificité. L. Chatellier.

Chancre syphilitique dans un urèthre supplémentaire (Syphilitischer Primäraffekt in einer Urethra duplex), par W. Koch. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **72**, fasc. 1, août 1935, p. 15, 2 fig.

Observation d'un chancre syphilitique développé à l'orifice d'un urèthre supplémentaire sans communication avec l'urèthre normal ni la vessie.

L. Chatellier.

Veit Stoss comme peintre des dermatoses (Veit Stoss als Darsteller von Hautkrankheiten), par F. Walter. *Dermatologische Zeitschrift*, t. **72**, fasc. 1, août 1935, p. 17.

L'on sait que peintres et sculpteurs portent souvent témoignage des maladies de leur époque. W. fait une intéressante étude sur le maître-autel de l'Église de Marie, à Cracovie.

Cet autel, commencé en 1477 et terminé en 1489, est l'œuvre du peintre et sculpteur Veit Stoss, de Nüremberg. Parmi les personnages, quelques-uns présentent des lésions ou des stigmates pathologiques (ulcères, tumeurs, cicatrices). Certaines lésions sont considérées par W. comme des stigmates certains de syphilis congénitale ; Stoss a aussi représenté des verrues, un *ulcus rodens*, des lésions tuberculeuses, un rhinophyma, etc., ce qui, pour le dermatologiste, ajoute à l'intérêt artistique considérable de cette belle œuvre.

[Dans ce numéro : 1° revue bibliographique sur « les tumeurs bénignes et malignes, y compris les nævi », 2° revue générale sur le complexe variqueux et les dermatoses par stase, diagnostic et thérapeutique (p. 27 et p. 39).]

L. Chatellier.

Revista argentina de Dermatosifilologia (Buenos-Aires).

Antigénothérapie spécifique par voie veineuse dans le traitement de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë (Antigenoterapia especifica por via venosa en el tratamiento de la linfogranulomatosis inguinal subaguda), par E. de Gregorio. *Revista argentina de Dermatosifilologia*, t. **79**, 1re partie, juin 1935, p. 15.

E. de G. apporte une première impression d'essais thérapeutiques, se réservant de revenir prochainement sur la question avec une documentation plus complète.

Il a utilisé deux antigènes provenant de deux malades atteints de lymphogranulomatose inguinale subaiguë. Ces antigènes, préparés suivant la technique de Frei, ont donné des réactions constamment positives chez les sujets atteints de cette affection et des réactions négatives chez les témoins.

E. de G. a traité 6 malades présentant des lésions ganglionnaires inguinales et 4 ayant des lésions de sténose rectale.

La médication a été parfaitement tolérée. Elle a donné lieu à des réactions fébriles apparaissant de 10 à 18 heures après l'injection (hémoréaction de Ravaut). Elles se sont atténuées et ont fini par disparaître

avec la répétition des doses. Dans deux cas, une seconde réaction fébrile a été notée avant l'injection suivante.

Chez tous les malades, la réaction de Frei est restée positive pendant toute la durée du traitement. Elle a subsisté sans changement lorsqu'il a pris fin chez 6 d'entre eux et s'est légèrement atténuée chez les 4 autres.

Les résultats obtenus ont été excellents dans les formes inguinales. L'amélioration est considérable à partir de la seconde injection. La guérison se fait parfois avec une rapidité surprenante.

Il n'en a pas été de même dans les localisations rectales de la maladie. Jusqu'à présent, les résultats sont peu encourageants.

J. MARGAROT.

Dermatofibromes progressifs et récidivants de Darier (Dermatofibromes progresivos y recidivantes de Darier), par E. P. FIDANZA, F. CARILLO et T. OCANA. *Revista argentina de Dermatosifilologia*, t. **19**, 1re partie, juin 1935, p. 26, 17 fig.

Les auteurs apportent l'observation d'un malade présentant dans la région inguino-crurale gauche des tumeurs récidivantes de dimensions variées, arrondies, de surface irrégulière ou lisse. Elles sont limitées suivant les cas par une peau normale, par une peau rose-nacré ou par une surface de coloration rouge-vineux et saignante. Elles n'adhèrent pas aux plans profonds. L'état général du malade est bon. On ne trouve pas d'adénopathies.

L'étude histologique montre que ces tumeurs sont constituées exclusivement par du tissu conjonctif (réticulaire dans les lésions jeunes et dense dans les lésions adultes). Les éléments cellulaires sont particulièrement abondants autour des vaisseaux sanguins. Ils présentent en ces points une activité proliférative très marquée qui est de nature à faire soupçonner que leur origine se trouve dans les cellules conjonctives des parois vasculaires.

Les auteurs ont recherché spécialement la présence de fibres nerveuses, désireux de vérifier si les cellules néoplasiques n'avaient pas pour point de départ les éléments de la gaine de Schwann. D'une façon générale, le tissu présente de l'affinité pour les colorants argentiques, mais on ne saurait baser une opinion sérieuse sur cette seule propriété.

La morphologie clinique et histologique de ces tumeurs permet de les considérer comme identiques à celles qui ont été décrites par Darier et Ferrand sous le nom de Dermato-fibromes progressifs et récidivants, ou fibro-sarcomes de la peau.

J. MARGAROT.

La leishmaniose forestière américaine dans le Paraguay (La leishmaniosis forestal americana en el Paraguay), par L. E. MIGONE. *Revista argentina de Dermatosifilologia*, t. **19**, 1re partie, juin 1935, p. 46, 1 carte.

L'affection connue sous le nom de *leishmaniose cutanéo-muqueuse* ou *forestière américaine* s'observe au Paraguay sur des territoires assez étendus, remarquables par leurs richesses forestières et agricoles.

L'étude nosographique de L. E. M. établit que ce n'est pas seulement le Nord-Est du Paraguay qui se trouve atteint, mais divers endroits de la région occidentale et certains points du Centre sous forme de foyers sporadiques.

Cette distribution s'explique par la situation géographique du pays, placé entre les zones infectées du Nord de la République Argentine et celles du Sud du Brésil.

J. MARGAROT.

Granulome annulaire. Contribution à l'étude de son étiologie (Granuloma anular. Contribución al estudio de su etiologia), par Luis E. PIERINI. *Revista argentina de Dermatosifilologia*, t. **19**, 1re partie, juin 1935, p. 50, 25 fig.

L. E. P. rappelle les arguments cliniques, histo-pathologiques, thérapeutiques, biologiques et expérimentaux qui ont été invoqués en faveur de l'origine tuberculeuse du granulome annulaire.

Il apporte 7 observations personnelles qui ne paraissent pas favorables à cette étiologie.

Les données cliniques et les commémoratifs n'établissent pas la nature bacillaire de l'affection, ni même l'existence d'une imprégnation tuberculeuse chez les malades.

Les réactions à la tuberculine sont en général négatives ou positives dans de telles conditions que leur valeur démonstrative est des plus faibles. Négatives aussi se montrent, dans la plupart des cas, la réaction de Besredka, la recherche de bacilles acido-résistants, l'inoculation au cobaye, avec un second passage. L'examen histologique ne met pas en évidence une structure tuberculoïde. L'action thérapeutique de la tuberculine est nulle.

On ne saurait cependant, conclut L. E. P., exclure complètement la tuberculose comme facteur étiologique du granulome annulaire. Son rôle a été démontré dans quelques cas. Peut-on, avec Jadassohn, parler de tuberculose anergique ?

Il est permis de supposer que divers facteurs infectieux, toxiques ou mixtes — tels que la syphilis, la lèpre, les mycoses et le diabète — sont susceptibles de faire apparaître un syndrome cutané répondant morphologiquement au granulome annulaire.

On serait en présence d'un granulome histio-lymphocytaire non spécifique entrant dans le cadre des tuberculoïdes de Darier.

J. MARGAROT.

Nodosités des saillies osseuses (Nodosités juxta-articulaires de Lütz et Jeanselme) (Nudosidades de las saliencas oseas. Nudosidades yuxta-articulares de Lütz y Jeanselme), par J. J. PUENTE. *Revista argentina de Dermatosifilologia*, t. **19**, 1re partie, juin 1935, p. 78, 4 fig.

Une malade ne présentant aucun antécédent clinique de syphilis, mais ayant des réactions de Wassermann et de Kahn fortement positives, est porteur depuis 9 mois de 5 petits nodules sous-cutanés, durs au toucher, indolores, mobiles, lentement développés, d'aspect et de contexture invariables et siégeant sur des saillies osseuses. On en

compte trois sur l'olécrâne droit, un sur l'avant-bras et un sur la paume de la main du même côté.

Le diagnostic de nodosités juxta-articulaires de Lütz et Jeanselme est le seul qui puisse être porté. Il est confirmé par l'examen histologique qui met en évidence des lésions vasculaires marquées avec foyers d'infiltration péri-vasculaire ainsi que la formation d'un tissu fibro-scléreux.

J. P. n'a pas trouvé de spirochètes, mais la structure des nodules, la positivité des réactions sérologiques et la disparition des lésions sous l'influence d'un traitement spécifique établissent qu'il s'agit de granulomes syphilitiques.

Le fait est en faveur de la tendance actuelle qui ne considère plus les nodosités juxta-articulaires comme spéciales aux régions tropicales et d'origine pianique exclusive, mais comme répandues dans tous les pays du monde et vraisemblablement de nature syphilitique.

J. Margarot.

Le problème de la kératite interstitielle (El problema de la queratitis intersticial), par Antonio J. Manes. *Revista argentina de Dermato-sifilologia*, t. **19**, 1re partie, juin 1935, p. 90.

La kératite interstitielle est connue comme une manifestation de la syphilis héréditaire. Dans 85 o/o des cas, la réaction de Wassermann est positive. On peut également l'observer dans la syphilis acquise (observations de l'auteur).

Cependant, contrairement à ce que l'on voit dans les autres manifestations de même nature, le traitement se montre constamment inefficace. Il ne peut empêcher l'atteinte de l'autre œil.

A. M. se demande quelle cause ou quel facteur déterminant commande l'apparition d'une kératite interstitielle chez un hérédo-syphilitique.

Il passe en revue, à la lumière de ses observations personnelles, les diverses théories qui ont été proposées (embolies, toxines, troubles endocrino-sympathiques, traumatisme, etc.).

Il conclut avec Igersheimer que la pathogénie exacte de la kératite interstitielle demeure une énigme. J. Margarot.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Commentaires sur la nomenclature et les classifications dermatologiques (Comentarios a la nomenclatura y clasificaciones dermatologicas), par Francisco Garrido Quintana. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, année **11**, no 118, juillet 1935, p. 635.

Étude critique de la terminologie des dermatoses et des principales classifications adoptées. L'auteur propose à son tour de diviser les affections cutanées en trois groupes : 1° dermatoses congénitales ; 2° dermatoses dans lesquelles prédomine un facteur exogène (mécanique, physique, chimique ou parasitaire) ; 3° dermatoses dans lesquelles

prédomine un facteur causal endogène (syndromes allergiques, neurodermatoses, « neuro-increto-dermatoses », angio-dermatoses, hémodermatoses, stéato-dermatoses, chromo-dermatoses, kérato-dermatoses, dermatoses cancérigènes et tumeurs cutanées).

J. Margarot.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Erysipèle de la face (Facial erysipelas), par Lavender et Goldman. *The Journal of the American Medical Association*, vol. **105**, no 6, août 1935, p. 401.

Les auteurs signalent la supériorité des rayons ultra-violets sur les autres traitements de l'érysipèle de la face ; la chute de la température se produit en 3 à 5 jours.

S. Fernet.

Les balanites (The balanitides), par Madden. *The Journal of the American Medical Association*, vol. **105**, no 6, 10 août 1935, p. 420, 6 fig.

Séméiologie des affections du gland et du prépuce. L'auteur s'attache plus spécialement à la description des affections rares telles que le *kraurosis penis*, la balanite *xerotica obliterans*, la leucoplasie et la sclérodermie du gland et expose les éléments du diagnostic différentiel de ces diverses affections.

S. Fernet.

The Urologic and Cutaneous Review (Saint-Louis).

Le traitement du psoriasis et des affections voisines (Treatment of psoriasis and allied dermatoses), par Elson. *The Urologic and Cutaneous Review*, juin 1935, p. 408.

E. attribue le psoriasis à une insuffisance des ferments digestifs. Des doses massives d'extrait pancréatique total, associées à une restriction modérée des aliments azotés et des graisses, lui ont permis de guérir des psoriasis invétérés.

S. Fernet.

Les résultats du traitement de la syphilis au Danemark (Results of the treatment of syphilis in Denmark), par Lomholt. *The Urologic and Cutaneous Review*, juillet 1935, p. 475.

Le nombre des cas de syphilis a considérablement diminué au Danemark depuis 1920. Il y avait en 1919, à Copenhague, 54 cas de syphilis récente par 10.000 habitants et en 1933, 3 cas par 10.000 habitants.

La population peu nombreuse du Danemark (3.500.000 habitants) permet l'application d'un traitement homogène et un contrôle effectif. Depuis 1920, toutes les réactions sérologiques du pays sont effectuées dans un centre unique ; c'est là que se fait l'inscription de tous les cas connus de syphilis. Il y a actuellement 70.000 cas inscrits.

La diminution considérable qui est constatée depuis 1920 doit être attribuée à des facteurs divers : diagnostic précoce, facilité de se faire traiter, traitement *obligatoire* pendant la période contagieuse, mais

surtout au traitement intensif moderne dont les règles ont été établies par Rasch. Ce traitement consiste à injecter d'emblée de fortes doses de novarsénobenzol (6 injections à o cgr. 75 en 5 semaines) et de faire simultanément des injections hebdomadaires de bismuth. En injectant de fortes doses d'emblée, on évite de perdre un temps précieux comme c'est le cas avec la méthode des doses progressivement croissantes où les injections véritablement efficaces n'interviennent que vers la cinquième semaine du traitement. S. FERNET.

Contribution à l'étude de quelques problèmes de la syphilis expérimentale (A contribution to the study of some problems of experimental syphilis), par BESSEMANS. *The Urologic and Cutaneous Review*, t. **39**, n° 8, août 1935, pp. 534-545, 32 fig. et 7 tableaux.

B. a exposé, dans une conférence faite à Bruxelles, les résultats de ses intéressantes recherches sur la syphilis expérimentale.

En ce qui concerne les inoculations aux animaux, il est partisan des inoculations indirectes, c'est-à-dire des inoculations de ganglions satellites du syphilome au scrotum d'animaux sains ; les inoculations directes ont l'inconvénient de provoquer trop souvent la mort des animaux par infection. Pour l'inoculation indirecte, il n'est pas nécessaire que le premier lapin ait présenté un syphilome scrotal ; on sait, depuis Kolle et Evers, que tous les lapins inoculés contractent la maladie quoique 10 o/o environ d'entre eux ne présentent pas de lésions visibles : leur syphilis reste « asymptomatique », « inapparente », « occulte » ou « muette ».

La syphilis expérimentale du lapin guérit cliniquement en quelques semaines, mais les ganglions superficiels gardent leur pouvoir infectant pendant toute la vie de l'animal.

Si un nouveau greffon, contenant la même souche de tréponèmes, est inoculé au scrotum d'un lapin guéri depuis moins de trois mois, il ne se produit pas de lésions nouvelles ; il y a donc une immunité locale antichancreuse. Mais si on utilise une autre souche, on obtient 50 o/o d'inoculations positives comme si l'immunité antichancreuse n'était qu'une « mono-immunité » ou une « immunité homologue » différente, par conséquent, de celle de l'homme qui est une « pan-immunité ».

Alors que les tréponèmes sont faciles à déceler dans les lésions cutanées du lapin, la plupart des chercheurs n'en ont pas trouvé dans les ganglions du lapin, du cobaye, de la souris, ni dans le cerveau de celle-ci. Cependant ces organes transmettent la maladie, d'où l'hypothèse de l'existence d'un virus invisible.

B. a recherché les tréponèmes dans ces organes, réputés stériles, par une méthode personnelle qui s'inspire des numérations globulaires en hématologie et qui permet non seulement la recherche du tréponème à l'ultra-microscope dans des émulsions d'organes, mais encore leur numération approximative. Chaque compartiment de la cellule

employée est étudié pendant une demi-heure ; l'examen des vingt compartiments demande donc dix heures. La contenance de la cellule étant connue ainsi que le poids du fragment d'organe émulsionné, il est facile de calculer le nombre de tréponèmes par 100 milligrammes d'organe.

C'est au prix de ces laborieuses recherches que B. est arrivé à déceler des tréponèmes dans les ganglions des lapins pendant l'évolution du syphilome scrotal et après sa cicatrisation, ainsi que dans le cerveau et la rate des souris dont l'infection est inapparente. Le nombre des tréponèmes décelés est très variable : très nombreux (17.000 par 100 milligrammes) dans les ganglions contemporains du chancre, ils sont moins nombreux après sa cicatrisation et tout à fait rares chez la souris (50 environ dans 100 milligrammes de rate ou de cerveau).

Il n'est donc, dorénavant, plus nécessaire de recourir à l'hypothèse d'un virus invisible pour expliquer la transmission de la syphilis par ces organes.

La possibilité de calculer le nombre des tréponèmes dans les greffons s'est montrée fertile en acquisitions nouvelles. Elle a permis de constater que la durée de l'incubation du chancre est d'autant plus longue que les tréponèmes inoculés ont été moins nombreux. B. cite à titre d'exemple une incubation de 32 jours après inoculation de 6.000 tréponèmes, une incubation de 57 jours après inoculation de 143 tréponèmes, une incubation de 152 jours après inoculation de 114 tréponèmes. Un greffon qui ne contient pas de tréponèmes, ne transmet pas la syphilis.

Si B. nie l'existence d'un virus invisible, il admet que le tréponème est susceptible de s'adapter à certaines conditions de terrain et que son pouvoir pathogène est variable. Ainsi un fragment de cerveau, prélevé sur un paralytique général et contenant de nombreux tréponèmes mobiles est incapable de transmettre la syphilis au lapin. Les tréponèmes contenus dans les ganglions sont doués d'une plus grande résistance que les tréponèmes du syphilome ou de la syphilis secondaire de l'homme. Le degré de résistance des tréponèmes peut être évalué d'après la durée de sa mobilité. A la température du laboratoire, les tréponèmes d'une émulsion de syphilome sont visibles pendant 8 heures environ, mais ont perdu leur mobilité dès la troisième heure ; au contraire, les tréponèmes d'une émulsion de ganglions restent visibles pendant 22 heures environ et de nombreux parmi eux sont encore mobiles à la dixième heure.

B. attire en outre l'attention des expérimentateurs sur un petit appareil qui lui permet de pratiquer aisément des ponctions sous-occipitales chez le lapin.

En ce qui concerne la valeur des réactions sérologiques, son expérience lui a appris qu'aucune de ces réactions n'a de spécificité absolue chez le lapin : on rencontre des réactions positives chez des animaux neufs. Au contraire, chez le cobaye et la souris, la positivité des réac-

tions est pathognomonique, la négativité n'exclut pas l'existence de la syphilis.

D'une façon générale, un sérologiste expert peut se contenter de pratiquer deux réactions : une réaction de fixation du complément (Bordet-Wassermann) et une réaction de précipitation. Parmi ces dernières, il doit donner la préférence à la réaction de clarification de Meinicke ou au Kahn, s'il s'agit du sang, à la réaction de floculation de Müller ou au Kahn, s'il s'agit du liquide céphalo-rachidien.

S. FERNET.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Granuloma annulare, par HALLIWELL et INGRAM. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, t. **47**, nº 8, août-septembre 1935, p. 319, 1 fig.

Revue générale, discussion et bibliographie du granulome annulaire. Parmi les douze cas étudiés, trois étaient associés à des lupus vulgaires.

De l'ensemble de ses considérations, l'auteur conclut que le granulome annulaire est une manifestation toxinique de nature tuberculeuse.

S. FERNET.

Borgyogyaszati, Urologiai es Venerologiai Szemle (Budapest).

Les formes visibles de l'agent pathogène invisible, par Tibor WLASSICS. *Borgyogyaszati, Urologiai es Venerologiai Szemle*, année **13**, nᵒˢ 6-7, juin-juillet, 1935, pp. 87-90.

Dans les formations dyskératosiques des différentes modifications cutanées, on voit apparaître des éléments semblables aux corpuscules élémentaires, dont ils se distinguent néanmoins par leur coloration irrégulière, leur forme et leurs dimensions.

Dans les enclaves cellulaires protoplasmiques du *stratum lucidum* et du *stratum corneum*, tenues jusqu'ici pour homogènes, l'*acidum carbolicum liquefactum* met en évidence un réseau basophile et des granulations plastiques ; à l'aide des rayons X on peut déceler des corpuscules élémentaires.

Les corpuscules élémentaires du *molluscum contagiosum* donnent par coloration avec une solution de soudan dans l'*acidum carbolicum*, la réaction des lipoïdes, ce qui n'a été jusqu'ici démontré dans aucune affection de la peau à virus filtrant, la variole exceptée.

Les enclaves nucléaires basophiles de la verrue vulgaire, connues comme homogènes, sous l'influence de l'irradiation par les rayons X, peuvent être divisées en des éléments plus petits. Ces éléments ont la forme des cocci et des bâtonnets d'après l'auteur.

Les formes cocci peuvent être homologues des corpuscules élémentaires des enclaves acidophiles.

Les formes bâtonnets sont probablement composées par la juxtaposition de corpuscules élémentaires arrondis.

Les formations cocci et bâtonnets, résultant de la division des enclaves nucléaires basophiles de la verrue vulgaire, peuvent être considérées d'après l'auteur, par analogie avec les autres corpuscules élémentaires, comme des formes visibles du virus invisible.

BALASFFY-BLASKO.

Orvosi Hetilap (Budapest).

Recherches allergiques avec la blastomykine, par André DOSA. *Orvosi Hetilap*, année 89, n° 27, 6 juillet 1935, pp. 757-758.

La blastomykine préparée, suivant la méthode de Ballagi-Weiss, d'une culture de souches différentes (saccharomycètes, *oïdium albicans*, *monilia*, etc.) sur gélose maltosée, fut mise en suspension dans l'eau physiologique. Au moyen de cet extrait, l'auteur pratiqua des intradermo-réactions aux bras et dans la région pectorale.

Il n'obtint de réactions positives à la suite de l'intradermo-réaction effectuée avec la blastomykine que dans les cas de blastomycoses superficielles diagnostiquées cliniquement et vérifiées par la culture. L'intradermo-réaction effectuée dans d'autres mycoses ne donna pas de réactions, ou bien elle ne provoqua que de légères modifications. Inversement, les intradermo-réactions pratiquées au moyen d'extraits de culture de différents champignons, chez les blastomycétiques, ont été trouvées négatives.

En conclusion, on peut dire que l'intradermo-réaction à la blastomykine jouit d'une spécificité vis-à-vis des blastomycoses superficielles, utilisable pour le diagnostic de celles-ci. BALASFFY-BLASKO.

L'absence des vitamines en pathologie cutanée, par Charles BERDE. *Orvosi Hetilap*, année 79, n° 29, 20 juillet 1935, pp. 791-793.

Les manifestations cutanées dues à l'absence de vitamines n'ont qu'un caractère purement symptomatique ne constituant pas d'entité morbide individualisée. On ne connaît pas encore chez l'homme une dermatose avitaminosique. On peut définir le rapport des modifications cutanées et de la carence vitaminée en disant que les avitaminoses sont des affections de l'organisme entier ayant des symptômes cutanés.

La physiopathologie des phénomènes cutanés dus à la carence des aliments en vitamine n'est encore que peu connue. La vitamine A a probablement une action épidermique. La vitamine B_2 est en rapport avec l'appareil pilaire, qu'elle pourrait influencer par l'intermédiaire du sympathique. L'action de la vitamine C (acide ascorbique) augmente la mélanine cutanée. La vitamine D n'a pas d'effet spécifique.

BALASFFY-BLASKO.

Données sur la thérapeutique de sclerodermia verum par les ferments, par Joseph SELLEI. *Orvosi Hetilap*, année 79. n° 35, 31 août 1935, pp. 943-945.

Des travaux antérieurs de l'auteur rangent la sclérodermie vraie

parmi les dysfermentoses. Celles-ci apparaissent à la suite de l'altération d'une seule ou de plusieurs glandes, à distance de la lésion, sur un autre organe. Il obtint de bons résultats par l'administration des préparations pancréatiques (pancréas frais, tablettes et injections), les alternant avec des préparations hépatiques. Simultanément, il donna de l'acide chlorhydrique, de la pepsine, des extraits duodénaux, des sels métalliques catalyseurs et des vitamines. Parmi ces dernières, la vitamine C paraît avoir le meilleur effet. Ce traitement doit être effectué pendant un temps assez long pour que l'on puisse introduire dans l'organisme une quantité de substances suffisante pour l'obtention de l'effet curatif. BALASFFY-BLASKO.

Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Sur l'hémangiectasie hypertrophique de Parkes-Weber, par BIZZOZERO. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. 76, fasc. 4, août 1935, p. 969, 2 fig.

Pautrier et Ullmo ont décrit ici même (novembre 1929), une maladie presque inconnue : l'hémangiectasie hypertrophique de Parkes-Weber, et ont signalé les intéressantes altérations cutanées dont s'accompagne cette dystrophie.

B. a eu l'occasion d'en observer un cas, le premier constaté en Italie. Il s'agit d'une fillette de 10 ans, chez qui, peu après la naissance, on remarqua une augmentation de longueur et de volume de la jambe gauche par rapport à la droite. Par exemple, différence de longueur de 74 à 80 centimètres ; différence de circonférence de 38 à 41 centimètres ; différence de température de 28°6 à 30°9. Outre le développement exagéré, il y avait aussi un empâtement élastique des tissus, des pulsations artérielles beaucoup plus accentuées du côté hypertrophié, et enfin des altérations cutanées identiques à celles qu'ont décrites Pautrier et Ullmo : coloration bleuâtre diffuse de la partie centrale, se fondant à la périphérie dans une zone brunâtre qui, finalement, la masquait complètement, état quadrillé de la peau, rappelant l'aspect du lichen plan en voie de régression.

Deux légers traumatismes de la peau avaient amené la formation de deux petites plaies inguérissables qui laissaient suinter constamment un liquide séro-hématique se concrétant en croûtes. La radiographie révélait aussi, sur quelques points, des lésions d'ostéite raréfiante.

Comme le fait remarquer B., ces altérations cutanées n'ont rien de spécifique : elles sont analogues à celles que l'on constate sur les membres variqueux, y compris l'ulcère variqueux, dont la présence contrastait avec le jeune âge de la malade ; ces ulcères guérirent du reste par intervention chirurgicale : résection veineuse et injections sclérosantes. BELGODERE.

Observations sur les sarcoïdes dermiques (syndrome de Besnier-Bœck) et sur certaines manifestations réticulo-endothéliales de la peau, par Agostino Crosti. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **76**, fasc. 4, août 1935, p. 975, 11 fig. Bibliographie.

La maladie de Besnier-Bœck, entendue comme syndrome anatomo-clinique à évolution le plus souvent bénigne, et à pathogénie infectieuse chronique non encore bien définie, ayant pour base une réaction granulomateuse caractéristique, dite sarcoïde, à localisations cutanées, lymphatiques, osseuses, pulmonaires, est une constatation peu fréquente en Italie, où elle a été insuffisamment étudiée. De la vingtaine de cas qui peuvent être recueillis dans la littérature italienne de ces trente dernières années, il y en a peu dont le tableau soit typique, et plus fréquentes sont les manifestations sarcoïdes cutanées bien individualisables au point de vue de la structure, mais anormales au point de vue clinique, ne serait-ce que parce qu'il s'agit de cas limités au territoire cutané. Au contraire, dans les cas qui présentèrent des manifestations systématiques à l'examen clinique, il n'est pas rare de trouver des réactions hématiques et viscérales qui n'apparaissent pas comme typiques du syndrome tel que l'ont décrit les auteurs nordiques. De tels faits rapprochent cette symptomatologie des manifestations hyperplastiques granulomateuses plus obscures à caractère pseudo-leucémique et, s'ils mettent en valeur la conception de maladie systématique définie comme lymphogranulomatose bénigne par Schaumann ou réticulo-histiocytose par Pautrier, ils élargissent le cadre clinique au détriment de son exacte physionomie.

L'auteur a été conduit à ces considérations par l'observation de trois cas dont il fait l'exposé. Le premier était une forme de sarcoïde de Bœck, type sarco-lupus *pernio*, manifestation peu commune sous le climat de l'Italie, à nodules et à placards infiltrés multiples, à évolution bénigne, typique au point de vue structural, mais qui ne présenta pas, même si on tient compte de quelques lacunes dans les recherches, une comparticipation évidente générale de l'organisme au processus cutané. L'étio-pathogénie de cette symptomatologie est restée complètement obscure.

Le second cas, rapidement mortel, avait présenté des manifestations cutanées à nodules et à placards de type sarcoïde ; il était cependant accompagné d'adénopathies et d'une hépato- et splénomégalie si importantes qu'elles laissaient soupçonner un syndrome leucémique : il manquait cependant un tableau hématique correspondant, et, histologiquement, tout l'ensemble paraissait reposer sur une réaction cytostromatique uniforme qui, bien que voisine de la réaction sarcoïde, s'en différenciait parce qu'elle était beaucoup moins organisée en foyers épithélioïdes. Le syndrome, après exclusion de la lymphogranulomatose maligne ou du mycosis fongoïde, est classé par l'auteur comme diagnostic d'attente, parmi les réticulo-endothélioses systématiques dites aleucémiques.

Le troisième cas est, à l'opposé du précédent, un tableau réticulo-histiocytaire tout à fait localisé, dermique : présenté à l'auteur avec le diagnostic de sarcoïde de Bœck, vers lequel orientait facilement la symptomatologie cutanée et quelques autres caractères collatéraux, il fut reconnu à l'examen histologique comme une manifestation lymphodermique.

Ces deux derniers cas, qui constituent un document pathologique cutané intéressant, sont rappelés ici à côté du syndrome de Besnier-Bœck, non seulement pour fixer certains caractères différentiels, mais parce qu'ils représentent des manifestations très voisines de ce syndrome, spécialement pour les auteurs qui font des sarcoïdes dermiques une maladie systématique de l'appareil lympho-hémopoïétique. S'il n'est pas possible, dans l'actuelle obscurité étiologique, d'exclure que ces tableaux réticulo-histiocytaires puissent être provoqués par les mêmes causes qui provoquent chez d'autres sujets la réaction sarcoïde, et si l'on doit admettre aussi l'existence de faits mixtes ou de passage d'une forme à l'autre, il est prudent cependant pour le moment de les tenir pour distincts. Et pour éviter des difficultés d'interprétation, il est nécessaire de faire usage du terme de maladie systématique réticulo-histiocytaire ou de lymphogranulomatose, ou encore de syndrome aleucémique seulement pour ces cas obscurs dont nous ne savons même pas établir d'une manière nette la nature granulomateuse ou hyperplastico-néoplasique. Afin de définir toujours mieux le syndrome de Besnier-Bœck, même en dehors de l'hybride nomenclature de sarcoïde, comme processus granulomateux infectieux chronique, qui peut avoir des expressions pseudo-leucémiques symptomatiques, mais que la clinique, depuis longtemps, a relié plutôt aux tuberculides et que les travaux récents vont définissant toujours de mieux en mieux.

Belgodere.

Contribution à l'étude des sarcoïdes cutanées (Un cas de Lupus pernio de Besnier-Tenneson), par Giulio Radaeli. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. 76, fasc 4, août 1935, p 999, 5 fig. Bibliographie.

Dans une première partie de ce travail, l'auteur rappelle la discussion de la Réunion de Strasbourg consacrée aux sarcoïdes, les conclusions auxquelles cette discussion a abouti, et il en fait la critique. Les points les plus controversés ont été la distinction entre les sarcoïdes sous-cutanées et les sarcoïdes cutanées, ces dernières, selon Pautrier, devant être tenues pour distinctes des autres dermatoses qui appartiennent au groupe des tuberculides. En second lieu, on discute pour savoir si les sarcoïdes sont un processus pathologique autonome, ou bien si elles ne sont que l'expression d'une réactivité spéciale des tissus, sous l'influence de causes diverses, notamment la tuberculose et la syphilis. Enfin, pour certains, les sarcoïdes ne seraient pas une affection seulement locale, cutanée, mais une maladie générale, comme le prouvent les localisations sur d'autres tissus que la peau, et sur les viscères.

En raison des divergences qui se sont manifestées parmi les auteurs sur ces différents points, R. passe en revue tous les cas de sarcoïdes cutanées de Bœck qu'il a pu relever dans la littérature italienne. Ces cas sont au nombre de 18 ; il en rapporte les observations résumées et les discute.

Il rapporte ensuite un cas personnel de *lupus pernio* de Besnier-Tenneson, caractérisé par des lésions diffuses symétriques des deux pavillons auriculaires, avec participation du revêtement des deux conduits auditifs externes, et de la membrane du tympan d'un côté. Chez ce malade, existaient en outre des nodules dermo-épidermiques des mains, avec une structure histologique un peu particulière ; une tuméfaction diffuse des ganglions lymphatiques et des amygdales, avec des caractères histologiques, qui étaient typiquement ceux des sarcoïdes ; enfin, une tuméfaction de la rate. Du côté de l'appareil respiratoire, on constatait des signes d'un processus fibreux chronique pleuro-pulmonaire, manifestement de nature tuberculeuse ; les réactions tuberculiniques étaient négatives.

L'auteur fait une discussion très approfondie de ce cas, au point de vue des différentes controverses ci-dessus exposées sur la nature des sarcoïdes. Il examine les arguments en faveur de l'étiologie tuberculeuse des lésions étudiées, ainsi que la thèse opposée, et il conclut que, dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de se prononcer : on ne peut pas exclure absolument l'étiologie tuberculeuse, on ne peut pas dire non plus qu'elle soit absolument démontrée.

Belgodere.

Sur les formes sarcoïdes de la lèpre (A propos d'un cas clinique), par F. Lisi et F. Sebastiani. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. 76, fasc. 4, août 1935, p. 1029, 4 fig. Bibliographie

Les auteurs décrivent un cas de lèpre qui, par la morphologie clinique et par la structure histologique, rappelle parfaitement une sarcoïde cutanée multiple.

Ce cas concerne un malade qui, seulement 16 années auparavant, étant prisonnier de guerre, a eu la possibilité de contacts avec des sujets infectants, ayant avant cette époque et aussi depuis vécu dans une région complètement indemne de lèpre.

Le diagnostic étiologique a été possible par la constatation d'un bacille acido-résistant dans les lésions cutanées et surtout par l'évolution ultérieure du cas.

Les auteurs s'étendent dans des considérations sur l'histo-pathologie de la lèpre en général, et plus particulièrement sur les macules et sur la lèpre tuberculeuse ; ils estiment que, comme variété anatomo-clinique, on peut admettre une forme de lèpre sarcoïde, comme on reconnaît aujourd'hui une variété de lèpre tuberculoïde. L'aspect particulier que revêtent les lésions est rapporté à un état spécial d'allergie cutanée organique. Ce cas, tandis que d'un côté, il apporte une con-

tribution à la conception de « réaction sarcoïde de la peau » entendue comme expression morphologique d'une réactivité cutanée non liée à des moments étiologiques univoques, d'autre part, porte au plus à englober dans le concept de « maladie de Bœck » une entité anatomo-clinique d'attente qui ne peut être définie par des critères étiologiques.

BELGODERE.

A propos du comportement de la catalase du sang chez les sujets atteints de dermatoses, par LEIGHEB. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. 76, fasc. 4, août 1935, p. 1043. Bibliographie.

Midana a publié récemment le résultat de recherches qu'il avait entreprises sur le comportement de la catalase hématique chez les sujets atteints de dermatoses, comparativement aux sujets sains, et il est parvenu à cette conclusion, qu'il existe une augmentation, légère il est vrai, de la catalase, dans *toutes les dermatoses.* Midana faisait observer que ces conclusions différaient de celles de l'auteur sur le même sujet, mais que néanmoins L. avait constaté une augmentation de la catalase chez les sujets atteints d'eczéma et de psoriasis, par rapport aux autres dermatoses. L. fait observer que s'il a bien observé une augmentation, du reste légère, celle-ci ne portait que sur les valeurs *moyennes,* mais qu'il n'a pas constaté cette augmentation *pour chacun des cas isolés observés.*

Il a entrepris une nouvelle série de recherches pour contrôler celles de Midana. Il indique les conditions de ces nouvelles expériences qui diffèrent sur certains points de celles effectuées par Midana, et il indique dans la technique suivie par Midana, diverses causes d'erreur.

Cette nouvelle série d'expériences confirme les résultats de la première, c'est-à-dire que, chez les psoriasiques, il n'y a *pas toujours* une augmentation du pouvoir catalasique du sang par rapport aux sujets sains et aux contrôles atteints d'autres maladies cutanées. L. confirme donc les résultats de ses premières expériences de 1931.

BELGODERE.

Sur le comportement du système réticulo-endothélial chez les syphilitiques soumis au traitement spécifique, par Giacomo SCAPARONE. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. 76, fasc. 4, août 1935, p. 1049. Bibliographie.

L'auteur passe rapidement en revue les travaux antérieurs sur le comportement du système réticulo-endothélial dans les diverses infections, étudié par la méthode du bloc, et il examine et discute les diverses interprétations qui ont été données des résultats obtenus.

Il a entrepris à son tour une série de recherches pour lesquelles il a utilisé la technique de Nicolaïew légèrement modifiée. Par cette méthode, on détermine l'*indice de rétention* du rouge Congo, d'après la coloration du sérum prélevé 4 minutes et 60 minutes après l'injection de rouge Congo.

Sur une série de sujets sains, l'indice a présenté une valeur moyenne de 0,37.

Sur une série de sujets syphilitiques *non traités*, les résultats suivants ont été obtenus :

Période primaire : moyenne augmentée : 0,45.

Période secondaire : augmentation : 0,60.

Période tertiaire : deux cas : 0,50 et 0,46, soit une augmentation plus faible.

Syphilis latente : 0,32, soit identique aux sujets sains.

Pour Nicolaïew, dans la syphilis, les manifestations cutanées et muqueuses, la poly-adénopathie, la tuméfaction de la rate augmentent l'extension du territoire mésenchymateux et c'est ce qui expliquerait l'élévation de l'indice de rétention du rouge Congo.

Une troisième série d'expériences a été pratiquée chez des sujets *durant le traitement.*

Sujets sains traités par le Bi : diminution progressive de l'indice de rétention.

Sujets syphilitiques traités par le Bi : on observe tout d'abord une *première période* correspondant à la première et à la deuxième injection dans laquelle il y a une *diminution* de la capacité de fixation du colorant. Puis, par les injections successives, *seconde période d'augmentation.* Enfin, si on poursuit le traitement, *troisième période, de diminution progressive.*

Chez les sujets traités par l'arsénobenzol, la courbe de rétention montre en général tout d'abord une courte période de légère élévation correspondant aux premières injections, puis une diminution rapide des valeurs de l'indice : le système réticulo-endothélial fixe moins bien le colorant injecté.

La diminution de l'indice de rétention au cours du traitement par le Bi pourrait s'expliquer par la guérison des lésions et la rétrocession des adénopathies, qui amènent une diminution du champ du système réticulo-endothélial.

Dans le traitement par l'arsénobenzol, la diminution pourrait être due au blocage du système réticulo-endothélial par le médicament lui-même. BELGODERE.

Observations cliniques et biologiques sur un cas de Xeroderma pigmentosum, par Giovanni RIVELLONI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. 76, fasc. 4, août 1935, 6 fig. Bibliographie.

L'auteur rapporte un cas dans lequel le diagnostic de *xeroderma pigmentosum* était facile par la morphologie des lésions, leur polymorphisme, leur groupement sur les régions les plus exposées à la lumière, l'aspect sénile de la peau sur les parties découvertes, l'histoire et l'évolution de la maladie. Il convient de faire remarquer dans ce cas l'absence de tares héréditaires directes, de consanguinité des ascendants, de caractère familial de l'affection et enfin son apparition très pré-

coce : 12 ans. Les caractères les plus saillants étaient une déficience de toutes les valeurs des déterminations biométriques, une déficience psychique et quelques dysgénésies.

L'auteur, pour expliquer les raisons de la coexistence de semblables déviations somatiques et mentales, ainsi que des dysgénésies, se demande si, même pour le xéroderma, on ne doit pas mettre en cause un facteur dystrophiant qui, agissant congénitalement ou d'une manière directe sur les feuillets ectodermiques embryonnaires desquels dérivent à la fois la peau ou le système nerveux, ou, par voie indirecte, en déterminant des modifications des organes dévolus au développement harmonique de tout l'organisme (les glandes à sécrétion interne) détermine en même temps les altérations cutanées et constitutionnelles.

L'auteur met en relief les données qui, dans son cas, sont en faveur d'une hypofonction hypophysaire et parathyroïdienne, sans cependant affirmer un rapport de cause à effet entre la dysendocrinie et le *xeroderma pigmentosum.* Il estime que des recherches méthodiques des déviations constitutionnelles pourront fournir des données précieuses pour la résolution du problème étiologique et pathogénique de la maladie.

Belgodere.

L'épreuve du rose bengale dans quelques dermatoses et particulièrement dans l'eczéma, par Giuseppe Rocchini. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **76**, fasc. 4, août 1935, p. 1075. Bibliographie.

L'auteur fait remarquer l'intérêt que présente l'emploi de l'épreuve du rose bengale pour le contrôle du fonctionnement du foie, cette épreuve n'étant pas influencée, comme les autres méthodes d'exploration, par des facteurs secondaires. Sa sensibilité a été établie par des travaux antérieurs, qui ont permis de mettre en évidence des déficiences hépatiques qu'aucun signe clinique ne révélait.

Parmi les affections que l'on considère à juste titre comme souvent en rapport avec un trouble de la fonction hépatique, il faut citer au premier rang les dermatoses, et en particulier l'eczéma.

L'auteur a donc entrepris des recherches pour contrôler, chez des sujets atteints de diverses dermatoses, le fonctionnement du foie, au moyen de l'épreuve du rose bengale. Il donne quelques précisions sur la technique qu'il a suivie, et il estime, d'après ses recherches, que le coefficient 3 (c'est-à-dire 3 milligrammes de colorant par litre de plasma) indiqué par Fiessinger comme le chiffre normal, est en réalité trop élevé. D'après ses recherches, la valeur moyenne peut être fixée à 2,31 mgr.

Les recherches ont porté sur 59 sujets atteints de dermatoses diverses pour chacun desquels R. donne le protocole résumé de l'expérience et les chiffres obtenus.

Chez les *eczémateux* (41 cas) les chiffres ont été très variables, et au premier abord, il semblerait qu'on ne puisse en tirer aucune conclusion. Mais il en va autrement si l'on divise ces cas par catégories :

a) chez les malades atteints d'eczéma de cause externe, professionnel le plus souvent, les chiffres sont presque tous normaux ; *b*) chez les malades atteints d'eczéma endogène, au contraire, les chiffres se sont montrés souvent supérieurs à la moyenne, dans la proportion de 63 o/o des cas.

Une autre série de sujets eczémateux a été soumise au même contrôle avant et après le traitement, et d'une manière générale, ces recherches ont montré un amélioration du pouvoir chromopexique du foie après le traitement et la guérison.

R. discute les résultats obtenus, leur signification et leur interprétation pathogénique.

Chez les *psoriasiques*, par contre, l'épreuve du rose bengale n'a permis de constater aucun trouble hépatique.

Dans les *dermatoses diverses*, les résultats ont été en général concordants avec ce que la clinique et l'anatomie pathologique nous enseignent sur la pathogénie de ces affections. A signaler cependant que, dans un cas d'urticaire pigmentaire, l'épreuve du rose bengale donna des chiffres normaux, ce qui est évidemment contradictoire, mais on ne peut évidemment rien conclure d'un cas isolé.

BELGODERE.

Sur l'étiopathogénie de l'érythème polymorphe dans la poradénite inguinale, par Alberto MIDANA. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **76**, fasc. 4, août 1935, p. 1091. Bibliographie.

On a beaucoup discuté dans ces dernières années sur la possibilité d'une action pathogène à distance du virus lymphogranulomateux et, parmi les arguments qui ont été invoqués en faveur de cette action, on a cité les réactions cutanées qui s'observent parfois chez les poradénitiques.

Ces manifestations cutanées sont de deux sortes : les unes, qui siègent en général dans le voisinage de la lésion initiale, sont dues certainement à une action directe du virus lymphogranulomateux. Les autres, qui sont en général du type de l'érythème polymorphe ou noueux, sont de nature plus discutée.

L'auteur a eu l'occasion d'étudier un cas d'érythème polymorphe survenu chez un poradénitique. Sur les lésions d'érythème, il a appliqué un petit vésicatoire et a recueilli le liquide de la bulle et, en outre, le liquide exsudé sur la même surface par application d'une ventouse. Avec ces deux liquides, il a préparé un antigène suivant la technique de Frei.

En utilisant cet antigène, l'intradermo-réaction a été pratiquée sur deux sujets atteints de poradénite, et, à titre de contrôle, sur le donneur et sur deux sujets syphilitiques non atteints de poradénite. Le résultat a été positif faible chez le donneur et chez les deux poradénitiques. Il a été négatif chez les deux syphilitiques. En outre, tous ces sujets ont donné un résultat négatif par l'intradermo-réaction prati-

quée avec le sérum de sang du donneur et avec le liquide aspiré de la peau saine artificiellement enflammée.

Ces expériences montrent bien que, chez le sujet en cause, il y avait transport à la peau de substances spécifiques. Il y a donc bien deux sortes de manifestations cutanées dans la poradénite : les unes dues à l'action directe du virus ; les autres dues à une métastase cutanée du virus inconnu, déterminant un état allergique de la peau.

Belgodere.

Sur la réaction de Frei dans la poradénite inguinale, par Luigi Peruccio. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **76**, fasc. 4, août 1935, p. 1097.

L'attention de l'auteur a été attirée par certains cas dans lesquels une première injection de Frei se montre négative, et une seconde pratiquée quelques jours plus tard se montre positive.

Deux hypothèses : 1° ou bien la première injection a agi comme stimulant de l'allergie cutanée, qui, sans doute, se serait de toute manière révélée plus tard ; 2° ou bien la première injection a sensibilisé la peau au virus et dans ce cas, la positivité de la seconde injection serait indépendante de la nature poradénique de la lésion en discussion. L'intérêt doctrinal et pratique du problème est évident.

P. a injecté l'antigène de Frei chez des sujets sains, à plusieurs reprises, à une semaine d'intervalle, les résultats ont toujours été négatifs.

Donc, dans les cas signalés, il y a bien eu réveil de l'allergie spécifique, chez des sujets qui étaient, ou bien en état d'anergie (sous l'influence par exemple d'une syphilis concomitante) ou bien chez lesquels l'allergie ne s'était pas encore établie, à cause du début récent de la maladie. Belgodere.

Sur la déviation du complément dans la poradénite inguinale, par Luigi Peruccio et Rita Leone. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. **76**, fasc. 4, août 1935, p. 1101. Bibliographie.

La mise au point d'une réaction de déviation du complément dans la lymphogranulomatose est une question dont l'intérêt doctrinal et pratique se conçoit aisément.

Divers chercheurs s'y sont employés, dont les auteurs passent en revue les travaux. Mais les résultats ont toujours été négatifs ou contradictoires.

P. et L. ont entrepris à leur tour des recherches. Elles ont été gênées d'abord du fait que l'antigène préparé présentait un assez fort pouvoir anticomplémentaire et n'était utilisable qu'à de fortes dilutions : 1/150e. A cette dilution, les résultats se sont montrés constamment négatifs. Donc le problème n'est pas encore résolu. Belgodere.

The International Journal of Leprosy (Manila).

Les réactions de Wassermann et de Kahn dans la lèpre, par Soule. *International Journal of Leprosy*, vol. **3**, n° 2, avril-juin 1935, p. 181.

Étude sérologique de 615 cas de lèpre avérée et de 54 cas de poussées lépreuses aiguës dites « lepra reactions ». L'étude des antécédents et l'examen clinique de tous ces malades permettaient d'écarter l'existence de la syphilis et du pian.

Les réactions de Bordet-Wassermann étaient positives dans 18,5 o/o des cas de lèpre chronique et le Kahn dans 31 o/o de ces cas. Au cours des « lepra reactions » le Bordet-Wassermann était positif dans 35,2 o/o des cas et le Kahn dans 33,4 o/o.

Il n'y a donc aucun doute que la lèpre seule peut être responsable de réactions positives. S. Fernet.

La lèpre est capable d'altérer les dessins papillaires des empreintes digitales, par Ribeiro (en français). *International Journal of Leprosy*, vol. **3**, n° 2, avril-juin 1935, p. 195, 8 fig.

Des observations personnelles de R. lui ont montré que la lèpre est capable d'altérer les dessins papillaires des empreintes digitales. On constate sur les figures que les sillons papillaires sont fragmentés et souvent réduits à de courts traits n'ayant plus aucune continuité.

Les biopsies montrent que ces altérations ne relèvent nullement d'atrophies secondaires, mais qu'elles résultent d'infiltrations lépreuses actives avec compression du corps papillaire ; on trouve dans ces infiltrats de nombreux bacilles de Hansen.

L'étude des empreintes digitales anciennes de certains malades et leur comparaison avec les empreintes récentes ont permis de constater qu'il n'existait pas d'altérations avant la maladie.

Chez certains malades les altérations papillaires devancent les autres symptômes, on est donc autorisé à penser que l'étude des empreintes digitales pourrait servir au diagnostic précoce de la maladie.

S. Fernet.

Sovietskaïa Dermatologia.

Sur les affections professionnelles de la peau et des ongles chez les ouvriers tanneurs, par N. J. Gromoff. *Sovietskaïa Dermatologia*, n° 1, 1935, pp. 59-68.

Après avoir décrit les différents procédés de traitement des peaux dans les divers ateliers de la tannerie, l'auteur rapporte les dermatoses professionnelles observées chez les travailleurs occupés à la tannerie.

Il n'a pas constaté un seul cas de charbon chez les ouvriers maniant les peaux brutes aux dépôts. A l'atelier d'extraction des poils des peaux où les ouvriers manient la pâte dépilatoire constituée par du sulfure de sodium et de la chaux, la solution de soude caustique, l'acide chlorhydrique et le carbonate de soude, on observe des ulcérations du type

pigeonneau aux faces dorsales des doigts, des altérations des ongles, qui deviennent usés et friables, des rhagades aux paumes des mains, des durillons, toutes ces lésions s'expliquant par l'action chimique des ingrédients et par l'action mécanique lors de l'arrachement des poils.

A l'atelier de macération et de pélanage à la chaux, les ouvriers étaient également porteurs de lésions du type pigeonneau, localisées aux mains, aux avant-bras et même aux pieds, des altérations unguéales, des folliculites, des durillons, des contusions, des fissures, bref, les mêmes affections professionnelles non spécifiques observées dans l'atelier précédent.

A l'atelier de tannage, les travailleurs présentent une peau tannée, surtout à la face palmaire des mains et des fissures au pli unguéal des doigts.

A l'atelier de graissage, on constate chez les ouvriers de l'acné et des comédons dus au goudron contenu dans le mélange graisseux des peaux.

A l'atelier de préparation de l'extrait tannant, les ouvriers ont la figure couverte des poussières provenant de l'écorce de chêne, de sapin, de pin qu'on morcelle avant cuisson. L'air chargé d'anhydride sulfureux cause des évanouissements. Les dents ont leur émail chargé d'un enduit noir. Les mains et les avant-bras présentent des folliculites, les ongles sont noirs. Afin de remédier à ces dermatoses professionnelles, l'auteur propose d'améliorer l'état sanitaire de l'usine en général, sa ventilation en premier lieu. Les ouvriers doivent recevoir et se servir de vêtements appropriés spéciaux, imperméables. Ils doivent observer une hygiène individuelle rigoureuse et oindre les téguments avec des corps gras les préservant contre l'action de la chaux et du sulfure de sodium. La plupart des procédés doivent être rendus mécaniques et automatiques. BERMANN.

Askeri Sihhiye Mecmuasi.

Un cas de pachyméningite cervicale hypertrophique syphilitique, se manifestant par des symptômes de méningo-myélite, par Mevlut ISMAIL. *Askeri Sihhiye Mecmuasi*, n° 8, 1934, pp. 60-63.

La maladie du patient, âgé de 34 ans, débuta une année et demie auparavant par des douleurs à l'omoplate et au bras droits. Ces douleurs, au fur et à mesure, se propagèrent lentement à la moitié droite du thorax et à la jambe droite. Bientôt apparurent une parésie des doigts des deux mains et une faiblesse des pieds et des mains avec contractions fibrillaires. La ponction lombaire mit à jour un liquide limpide dont la pression au manomètre de Claude marquait 23, Pandy faiblement positif, globuline négative, albumine 0,44, rares lymphocytes, Wassermann négatif. La radiographie, après injection descendante de Lipiodol, ne révéla rien d'anormal. Il existait un léger nystagmus transversal et un Romberg positif, les réflexes pupillaires étaient normaux,

les réflexes abdominaux presque abolis, les réflexes crémastériens et tendineux normaux, le réflexe médio-pubien aboli, le Babinski positif. Le diamètre du bras et de la jambe droite est sensiblement inférieur à celui du côté opposé. La parole est normale, pas de troubles psychiques. L'examen radiographique fait 3 et 7 jours après injection ascendante lombaire de Lipiodol montre une stase entre la 1re et la 7e vertèbre dorsale. Après exclusion d'une pachy-méningite tuberculeuse ou cancéro-sarcomateuse et malgré la négativité du Wassermann dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, le malade fut soumis à un traitement spécifique par injections de néosalvarsan (5,25 gr.) et reçut une série d'injections de lait.

A la suite de ce traitement, les douleurs et la parésie des mains disparurent totalement. Bien que la marche spastique n'ait pas été influencée, le malade n'a plus besoin de canne pour se déplacer. Les contractions fibrillaires sont diminuées, le Babinski est toujours positif.

R. Abimélek.

Un cas de syphilis de la vessie, par Sureyya Bahattin. *Askeri Sihhiye Mecmuasi*, n° 8, 1934, pp. 74-78.

Le malade, âgé de 24 ans, a depuis trois mois des envies fréquentes d'uriner et des hématuries terminales. Dans l'anamnèse, pas de blennorragie ni de syphilis ; le Wassermann dans le sang est négatif.

L'examen cystoscopique montre une congestion surtout de la partie postérieure de la vessie, ainsi que quelques ulcérations. L'épreuve à l'indigo-carmin répond normalement. Les lavages de la vessie avec du rinavol et les instillations de nitrate d'argent apportent une certaine amélioration, mais les ténesmes continuent. Aussi malgré la négativité du Wassermann, le malade est-il soumis à un traitement spécifique par bismuth et néosalvarsan, sous l'influence duquel il guérit promptement.

R. Abimélek.

Zona de l'oreille et paralysie faciale, par Nejat Riza. *Askeri Sihhiye Mecmuasi*, n° 8, pp. 85-88.

Il s'agit d'une jeune fille, âgée de 15 ans, ayant été atteinte d'une éruption vésiculeuse douloureuse du pavillon de l'oreille, au cours de laquelle survint une paralysie de la face du même côté. L'éruption guérit dans l'espace d'une semaine ; la paralysie persiste encore.

R. Abimélek.

Traitement de la syphilis cutanée par la pyrétothérapie, par Kemal. *Askeri Sihhiye Mecmuasi*, n° 8, 1934, pp. 92-100.

L'auteur présente un malade porteur de syphilides secondaires tardives récidivantes et résistantes au traitement spécifique. La réaction de Wassermann sanguine est irréductible, le liquide céphalo-rachidien est normal. La pyrétothérapie effectuée avec le vaccin antigonococcique intraveineux ne donnant plus après un certain temps les réactions fébriles désirées, l'auteur a recours aux injections intraveineuses de Dmelcos.

Au cours de ce traitement et surtout après le traitement spécifique institué après celui-ci, le malade est totalement blanchi, la réaction de Wassermann restant toujours positive.

Une particularité très intéressante dans ce cas, c'est le fait que le malade, qui avait depuis de longues années une grande quantité de sucre dans les urines (au minimum 70 gr.) et dans le sang (3,5 gr.), s'en est trouvé débarrassé après ce traitement.

R. Abimélek.

Hydroa vacciniforme, par Kemal. *Askeri Sihhiye Mecmuasi,* n° 8, 1934, pp. 101-103.

Homme âgé de 21 ans, pêcheur depuis 6 ans. Au printemps et en été, les grandes expositions au soleil et au vent sont suivies d'une éruption vésiculeuse localisée aux pavillons des oreilles. Depuis 8 jours, cette éruption a pris une extension plus vaste. En effet, les joues, les oreilles et le dos des mains sont couverts de croûtelles hémorragiques et parsemés de vésicules et de bulles de la grandeur d'une tête d'épingle à celle d'un pois chiche, remplies d'un liquide trouble et purulent ; ces bulles, dont le centre est ombiliqué, sont entourées d'un halo inflammatoire, le malade accuse un léger mouvement fébrile.

Dans l'urine, pas d'hémato-porphyrine. Globules rouges, 4.250.000. Hémoglobine, 69 o/o. Pas d'hémato-porphyrine. Globules blancs, 12.500 dont poly. 70 o/o, mono. 10 o/o, lympho. 11 o/o, éosin. 9 o/o.

R. Abimélek.

Un cas de syphilis méconnue, par Kemal. *Askeri Sihhiye Mecmuasi,* n° 8, 1934, pp. 104-106.

Le malade, âgé de 49 ans, dont l'infection méconnue remonte à 6 mois, présente une éruption impétigineuse de la barbe se caractérisant par des plaques muqueuses cutanées ; en outre, on constate chez le malade une éruption papuleuse des paumes des mains et des plantes des pieds, des plaques muqueuses dans la bouche, une pharyngite, une adénopathie cervicale et un Wassermann fortement positif.

R. Abimélek.

Un cas de bouton d'Orient traité par le tartre stibié, par Ihsan. *Askeri Sihhiye Mecmuasi,* n° 8, pp. 107-108.

Le malade qui est originaire de Van, vint à Stamboul environ deux mois après un séjour de trois mois à Diarbekir. Un mois après son arrivée à Stamboul, éclosion progressive de 18 ulcérations purulentes dont dix au visage et six autres sur les membres supérieurs. Traitement par des injections intraveineuses de 5 centimètres cubes d'une solution à 1 o/o de tartre stibié dans du sérum physiologique. Au bout de la 10e injection, le malade se trouvait en grande voie d'amélioration.

R. Abimélek.

Un cas de sclérodermie en bande, par Ihsan. *Askeri Sihhiye Mecmuasi,* n° 8, 1934, p. 109.

Fillette âgée de 7 ans, porteuse d'une bande de sclérodermie au front.

R. Abimélek.

A propos des boutons d'Orient autochtones d'Istanbul, par Burhan Urus et Ihsan. *Askeri Sihhiye Mecmuasi,* n° 12, 1935, pp. 32-33.

Les auteurs viennent ajouter ici un cas de bouton d'Orient autochtone à ceux déjà publiés par Talat, Hulûsi Behçet et Abimélek. Il s'agit d'un jeune homme de 15 ans résidant depuis de longues années à Stamboul.

R. Abimélek.

Cas de chancres syphilitiques observés chez trois malades différents et contractés à la même source de contagion, par Burhan Urus et Tacettin. *Askeri Sihhiye Mecmuasi,* n° 12, 1935, pp. 34-36.

Une femme contamina de syphilis dans un laps de temps fort court 20 jeunes gens de divers villages d'Anatolie. Sur 5 de ces malades qui vinrent se soigner à Stamboul, deux sont porteurs d'un chancre de dimension habituelle, le troisième malade est porteur de 5 chancres, le quatrième de 2 et le cinquième présente un chancre géant.

R. Abimélek.

L'effet du régime déchloruré sur les plaies et sur la tuberculose chirurgicale, par Ekrem Sadi. *Askeri Sihhiye Mecmuasi,* n° 9, pp. 37-42.

I. — Le malade se trouve à l'hôpital depuis une année avec une plaie profonde et purulente allant du tiers inférieur de la jambe droite jusqu'aux orteils. Cette plaie est consécutive à l'incision d'un vaste phlegmon. Tous traitements, y compris la sympathectomie, ont été jusqu'ici inutiles. Guérison après régime déchloruré.

II. — *Lupus exulcerans* occupant presque toute la surface de la poitrine, guéri au bout de 7 semaines par le régime déchloruré.

L'auteur donne à ses malades du bromure de sodium en guise de sel.

R. Abimélek.

Dirim (Stamboul).

Le strepto-yatren dans le traitement de l'érysipèle, par Tevfik Œzden. *Dirim,* nos 8-9, pp. 240-242.

L'auteur a traité avec succès, au cours des deux derniers mois, 6 cas d'érysipèle avec des compresses de solution de sublimé corrosif et des injections de strepto-yatren. R. Abimélek.

Le traitement de la syphilis, par Burhan Urus. *Dirim,* n° 10, 1935, p. 267.

Notions utiles sur la pathologie générale de la syphilis, mettant surtout en relief la grande difficulté dans laquelle on se trouve pour déterminer la guérison sûre de cette maladie. L'auteur poursuit son travail en donnant force détails sur l'action thérapeutique exercée par les arsenicaux, le bismuth et le mercure. R. Abimélek.

Tedavi Klinigi ve Laboratuvari Dergisi (Stamboul).

Un cas de réticulo-endothéliose leucémique (leucémie à monocytes), par H. Sedat. *Tedavi Klinigi ve Laboratuvari Dergisi*, n° 18, 1935, pp. 45-57.

Aux quelques observations publiées dans la littérature mondiale, l'auteur vient ici ajouter un cas personnel. Il s'agit d'un menuisier âgé de 45 ans, sans antécédents particuliers, atteint depuis 1 mois et demi de taches ecchymotiques d'abord sur les extrémités, puis sur le thorax. L'extraction d'une dent est suivie d'un hématome et d'hémorragies persistantes. On constate une légère hypertrophie du foie et de la rate. La température est à 37°, le pouls à 80, la tension artérielle de 14/8. L'urine et les matières fécales contiennent du sang.

La sédimentation du sang atteint, la première heure, 120 milligrammes, après 24 heures, 135 milligrammes. Le temps de saignement est de 8 minutes, celui de coagulation de 7 minutes. Le coagulome se rétracte partiellement. Globules rouges, 2.240.000. hémogl., 62 o/o, leucocytes, 3.750, thrombocytes, 9.190, poly., 15,5 o/o, lympho., 42,3 o/o, mono., 37,2 o/o. Anisocytose, anisochromie, hématies ponctuées, normoblastes.

Au bout d'un mois, le malade quitte la clinique dans de bonnes conditions, avec la formule suivante :

Globules rouges, 3.240.000, hémogl., 65 o/o, leucocytes, 2.780, thrombocytes, 31.500, poly., 19,1 o/o, lympho., 27,7 o/o, mono., 47 o/o.

Mais un mois après, le malade se coupe la main et perd beaucoup de sang, bientôt sa gorge et ses dents commencent à lui faire mal. A la suite de l'extraction d'une dent, il a un saignement qui persiste longtemps. Sur la luette et à la base de la langue vers l'amygdale gauche, on voit des lésions ulcéro-nécrotiques, dont la sécrétion décèle des spirilles mais pas de bacilles fusiformes. La température est à 37°6-38°, le pouls à 100. Taches purpuriques, foie et rate augmentés de volume. Sang : globules rouges, 2.706.000, hémogl., 47 o/o, indic., 9,87, leucocytes, 8.900, thrombocytes, 25.000, poly., 26,7 o/o, lympho., 19,8 o/o, mono., 49,5 o/o. Anisocytose, anisochromie, polychromasie. Un mois après : globules rouges, 2.415.000, hémogl., 47 o/o, leucocytes, 11.759, indic., 0,98, poly., 30,3 o/o, lympho., 14,1 o/o, mono., 53,6 o/o. Mort par asthénie cardiaque.

A l'autopsie : hyperplasie réticulo-endothéliale du foie et de la rate. Les mêmes monocytes du sang se voient dans la moelle des os, dans le foie et dans la rate.

R. Abimélek

LIVRES NOUVEAUX

Hérédo-tuberculose, par Auguste Lumière, correspondant de l'Institut, correspondant de l'Académie de Médecine. 1 vol. de 343 pages, à Lyon. Imprimerie Léon Sézanne, 1935.

On voit tellement de livres copiés les uns sur les autres, tellement de recherches arrivant aux mêmes conclusions ; il est si vrai qu'il existe, en Médecine, des vérités, sinon révélées du moins officielles, incessamment répétées par tous les candidats aux innombrables concours et hors desquelles il n'est point de nominations, qu'on est heureux de signaler un ouvrage qui est précisément le contre-pied de tout ce qu'on enseigne. Il s'agit de tuberculose. A. L., qui est l'auteur de cet ouvrage, apporte ici, comme ailleurs, le ton de la conviction la plus profonde et un faisceau de faits qu'il considère comme des preuves sans réplique de la non-contagiosité de la tuberculose. Il n'y a qu'une exception, l'auteur admettant la contagion chez les nouveau-nés vivant au milieu de cracheurs de bacilles. Aussi l'œuvre Grancher échappelle-t-elle à ses foudres qui atteignent sans pitié les Sanatoria.

D'après A. L. « on est bien obligé d'admettre que la maladie se propage par hérédité dans plus de 95 o/o des cas, étant donné qu'elle ne se transmet pas par contagion ». Et plus loin : « c'est par milliers que l'on rencontre des exemples de bacillose chez des individus engendrés par des tuberculeux non contagieux et malgré tous les soins apportés à les soustraire à la contamination ». A. L. a constaté la présence d'un tuberculeux « erratique » au milieu de frères et sœurs bien portants. Or la mère du malade avait eu des faiblesses pour un tuberculeux avéré. Il a vu des enfants posthumes de tuberculeux devenir tuberculeux à leur tour. Je ne puis résumer ici tous les arguments et les expériences de l'auteur. On voit facilement les conséquences de son opinion, discutable mais évidemment sincère : rien de moins que la refonte de tous les moyens classiques de prophylaxie. Cela vaut qu'on y réfléchisse.

Clément Simon.

Le traitement des arthrites gonococciques aiguës par la vaccinothérapie spécifique intraveineuse associée à la gonacrine, par J. Nety. *Thèse de Lyon*, 1934. Bosc, éd

N. a associé la vaccinothérapie intraveineuse à la gonacrine. Il lui semble que la vaccinothérapie agit plus par le choc et la température qu'elle produit que par sa spécificité. Néanmoins, comme il n'a pas démontré cette seule action du choc, il conseille de le produire par un vaccin spécifique. Les douleurs et les manifestations pseudo-phlegmo-

neuses disparaissent presque immédiatement, mais il persiste un état inflammatoire. C'est pour agir à la fois sur l'infection générale et sur l'infection locale qu'il lui a paru utile d'associer la gonacrine. Les résultats de cette méthode mixte lui ont paru favorables.

H. Rabeau.

Contribution à l'étude de la valeur pratique de la ponction ganglionnaire dans le diagnostic des syphilis récentes, par L. Loquin. *Thèse de Lyon*, 1933. Mâcon. Protet, éd.

Dans le service du Prof. Gaté, L. a recherché systématiquement le tréponème chez 52 malades, dont 44 syphilitiques, 22 Σ^1, 10 Σ^2 et 12 chancres mixtes. Les résultats positifs obtenus sont : syphilis primaire, 68 o/o ; syphilis secondaire, 30 o/o ; chancres mixtes, 8 o/o. La valeur de la méthode est surtout importante à la période primaire ; son intérêt est moindre à la période secondaire. Dans le chancre mixte, il ne semble pas qu'on puisse beaucoup compter sur ce mode de recherche pour trancher un diagnostic souvent délicat.

H. Rabeau.

Contribution à l'étude de la bismuthorésistance au cours du traitement de la syphilis, par A. Fière. *Thèse de Lyon*, 1934. Bosc, éd.

Les observations de bismutho-résistance sont relativement rares. F. a pu en recueillir cinq dans la région lyonnaise au cours des deux dernières années. Ils rentrent dans les cadres classiques bien individualisés à propos de la novarséno-résistance et l'on peut classer ces manifestations, habituellement cutanéo-muqueuses, sous trois rubriques : bismutho-récidive, bismutho-résistance simple, bismutho-réactivation. La pathogénie de tels faits reste obscure : on a invoqué l'insuffisance d'activité de certaines préparations, une certaine accoutumance du tréponème au bismuth, une mauvaise utilisation par l'organisme du bismuth qui lui est apporté. Mais ces faits exceptionnels n'empêchent que le bismuth reste une des armes les plus précieuses dans la thérapeutique de la syphilis.

H. Rabeau.

Le malade et les facteurs météorologiques (The patient and the weather), par Peterson. Vol. 2. Un vol. de 530 pages imprimé en caractères « machine à écrire » et 249 figures. Edwards Brothers. Ann Arbor. Michigan, 1934, $ 6,50.

Deuxième volume d'un important travail consacré à l'influence des facteurs météorologiques sur la santé.

Les facteurs atmosphériques sont multiples ; la température, les vents, la pression, le degré hygrométrique, l'ionisation, le potentiel électrique, la radioactivité, etc., influent chacun pour leur part.

Le premier volume du travail de P. était consacré aux influences météorologiques régionales ; P. y étudiait les variations des caractères physiques et psychiques suivant les conditions atmosphériques régionales.

Le deuxième volume traite de l'influence des facteurs météorologiques sur l'individu. L'organisme humain peut être comparé à un résonateur cosmique ; mais les réponses varient suivant chaque individu : certains sont doués d'une sensibilité cosmique toute particulière et c'est ceux-là, les individus « végétativement stigmatisés » qui ont servi à P. pour son étude.

Dans un chapitre de généralités, il expose ses opinions sur quelques problèmes de pathologie générale ; il cherche à démontrer que les facteurs atmosphériques interviennent pour une grande part dans les états de moindre résistance au cours desquels l'organisme est vaincu par les microbes et les divers facteurs nocifs exogènes. A l'appui de cette thèse, il étudie un certain nombre d'affections : les migraines, les troubles de l'appareil cardio-vasculaire, l'épilepsie, l'éclampsie, l'ulcère de l'estomac, les entéro-côlites, les névroses, l'urticaire, l'asthme, les rhumatismes, le glaucome, la pelade, le vertige de Ménière et les troubles de l'ouïe, etc. De nombreuses observations établissent l'évolution de ces maladies parallèlement aux variations atmosphériques, enregistrées au moyen de multiples appareils perfectionnés. Les fluctuations parallèles des états pathologiques et des conditions atmosphériques sont opposées sur de nombreux graphiques dont la lecture facilite la confrontation des faits. S. Fernet.

La lutte antivénérienne en Catalogne pendant l'année 1934 (La lluyta antiveneria a Catalunya l'any 1934), par Antoni Peyri, 1 pl., 71 pp. Tipografia Santiago Vives, Casanova, 55 et 57, Barcelone.

A. P. expose l'organisation de la lutte antivénérienne en Catalogne et les résultats obtenus au cours de l'année écoulée malgré les énormes difficultés financières qu'il a fallu surmonter. Des plans, des graphiques et une intéressante documentation photographique permettent de juger de l'œuvre accomplie. L'auteur indique ce qui reste à faire et ce qu'il espère voir se réaliser dans la limite des possibilités économiques actuelles. J. Margarot.

Contribution à l'étude des scléromes (Contribucion al estudio de los escleromas), par Daniel Brigard. 1 vol. Editorial Minerva. S. A. Bogota, 134 pages, 62 fig.

Étude documentaire, richement illustrée par des photographies et des planches en couleurs, d'une affection dont la dénomination restrictive de « rhinosclérome » souligne la méconnaissance de ses manifestations extra-nasales.

L'auteur apporte divers exemples de scléromes intéressant les voies lacrymales, le palais, l'isthme du pharynx, les sinus de la face, le larynx, la trachée, les bronches. Il souligne la variété des types cliniques (formes hypertrophiques simples, ulcéreuses, destructives, atrophiques, mixtes).

Il considère le sclérome comme un granulome hypodermique carac-

térisé par une infiltration polymorphe dans laquelle prédominent des cellules plasmatiques de Russel et des cellules plasmatiques avec granulations oxyphiles. On trouve une trame abondante de collagène et des vaisseaux à parois infiltrées ou réduites à un endothélium embryonnaire.

La ressemblance histologique avec la maladie de Hogdkin est manifeste. L'auteur a rencontré des cellules géantes semblables aux cellules de Sternberg, mais leurs noyaux ne présentent ni les déformations, ni les mitoses monstrueuses de ces dernières. Par contre, il existe toujours une disposition chromatique permettant de reconnaître leur origine plasmocytaire.

D. B. a obtenu des résultats satisfaisants avec la radiumthérapie en utilisant des appareils plans suivant la technique de A. Esguerra Gomez.

J. Margarot.

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

DES TRAVAUX ORIGINAUX
RECUEILS DE FAITS ET REVUES GÉNÉRALES

NÉCROLOGIES

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS DANS CE VOLUME

Les chiffres en caractères **gras** *indiquent les mémoires originaux, les recueils de faits ou les revues générales.*

D

E

F

L

M

Q

R

T

U

TABLE ALPHABÉTIQUE ET MÉTHODIQUE DES MATIÈRES [1]

DU TOME 6 — 7e SÉRIE

1935

DERMATOLOGIE

(1) *Les chiffres en caractères* **gras** *indiquent les mémoires originaux.*

C

H

I

K

N

P

R

SYPHILIS



Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD